

**AUTORISATION DE PERCEPTION DES REVENUS PAR L'ETABLISSEMENT
SUR DEMANDE DU BENEFICIAIRE DE L'AIDE SOCIALE**

(A RETOURNER AU DEPARTEMENT DE L'ISERE – SERVICE PRESTATIONS FINANCIERES ET AIDE SOCIALE
15, AVENUE DOYEN LOUIS WEIL - 38010 GRENOBLE CEDEX 1)

• Je soussigné(e) (nom, prénom) : _____

Né(e) le : _____ à : _____

Admis(e) au titre de l'aide sociale aux personnes âgées depuis le : _____

pour mon séjour à (nom et commune de l'établissement) : _____

• Je soussigné(e) (nom, prénom) : _____

Agissant en tant que représentant légal de (nom, prénom) : _____

Né(e) le : _____ à _____

Admis(e) au titre de l'aide sociale le : _____

Pour son séjour à : (nom et commune de l'établissement) : _____

Demande que la perception de l'ensemble de mes (ses) revenus soit assurée à partir
du : _____

par le comptable de l'établissement

par le responsable de cet établissement,

Conformément aux dispositions de l'article L.132-4 du Code de l'action sociale, je sollicite
l'autorisation de perception de (mes) ses revenus par l'établissement.

Je m'engage à :

- à communiquer au responsable de l'établissement les informations et pièces indispensables à la perception de mes (ses) revenus
- à le prévenir sans délai de tout changement
- de lui donner tous les pouvoirs nécessaires à l'encaissement, étant entendu que sera reversé le montant dépassant la contribution fixée par le Président du Département, au minimum l'allocation « argent de vie ».
- à solliciter l'allocation de logement ou aide personnalisée au logement, s'il y a lieu.

Fait à _____ , le _____

Vu pour accord pendant 4 ans.

A Grenoble, le

Le Président du Département,