

Ville de Monthey
Service social
Av. de France 6 / Cp 1467 / 1870 Monthey 2
T. 024 475 78 10 / F. 024 475 78 09
uas@cms-monthey.ch / www.monthey.ch

1870 Monthey

Monthey, le 29 juillet 2020

N/réf.

Documents manquants - Confirmation d'entretien

Nous nous référons à votre demande d'aide sociale du .

A cette occasion, nous vous avons remis une feuille mentionnant les documents à fournir afin de démontrer votre situation d'indigence et ainsi pouvoir statuer sur votre demande.

Ce jour, nous constatons que certains documents requis ne nous sont pas encore parvenus.

Par conséquent, nous vous accordons un délai supplémentaire, soit au , pour nous transmettre les documents suivants indispensables à l'examen de votre demande d'aide sociale :

-
-

Dans cette attente, nous vous prions d'agréer, , nos salutations distinguées.

L'assistant social



COLLOMBEY
MURAZ

Service social
Av. de France 6 / Cp 1467 / 1870 Monthey 2
T. 024 475 78 10 / F. 024 475 78 09
uas@cms-monthey.ch / www.monthey.ch

Collombey, le 29 juillet 2020

N/réf.

Retrait demande d'aide sociale

Madame, Monsieur

Nous nous référons à votre demande d'aide sociale du .

A cette occasion, un rendez-vous vous avait été fixé en date du avec l'assistante sociale soussignée.

Nous constatons que vous ne vous êtes pas présenté à cet entretien et ceci, sans vous en être excusé.

Par conséquent, nous considérons que vous renoncez à votre demande d'aide sociale.

En cas de nécessité, nous vous laissons le soin de vous présenter au guichet de notre service afin de déposer une nouvelle demande d'aide sociale.

Nous vous prions de recevoir, , nos salutations distinguées.

La secrétaire-réceptionniste



INTRODUCTION DE LA DEMANDE CESSION CONVENTIONNELLE 2 ASSURANCES PRIVÉES

Je soussigné/e

Nom
Prénom
Date de naissance
Adresse
N° AVS

reconnais par la présente être partiellement ou totalement à la charge de l'aide sociale et percevoir des avances en espèces des autorités d'aide sociale (canton ou commune), sur la base de la loi fédérale en matière d'assistance (LAS) et de la loi cantonale valaisanne sur l'intégration et l'aide sociale (LIAS) ou de la loi fédérale sur l'asile (LAsi).

Ces avances sont effectuées dans l'attente de rétroactifs de prestations en espèces de l'institution suivante :

Assurance incendie
Assurance maladie
Assurance vie
Assurance ménage
Autres

En conséquence, je cède aux autorités d'aide sociale mon droit aux arriérés de prestations en espèces auxquels je peux prétendre de la part de l'institution concernée. La cession porte sur les périodes correspondantes, à hauteur des montants qui me sont versés par l'autorité d'aide sociale, à titre d'avance.

De plus, je m'engage à fournir aux autorités d'aide sociale toutes les informations nécessaires pour faire valoir leurs droits (contrat d'assurance, décisions de/des institutions concernée/s, ...). Je délègue également les institutions concernées, de l'obligation de garder le secret envers les autorités d'aide sociale.

L'autorité d'aide sociale qui m'a accordé les avances transmettra immédiatement la présente cession à l'institution concernée, afin qu'elle puisse verser les montants avancés directement aux autorités d'aide sociale. Pour le cas où le versement aurait déjà été effectué par l'institution en mes mains, je m'engage à reverser la totalité du montant visé par la présente cession aux autorités d'aide sociale dans les plus brefs délais. La présente cession vaut reconnaissance de dette au sens de l'article 82 LP.

Je prends note que les montants récupérés par les autorités d'aide sociale sur la base de cette cession serviront à compenser les avances consenties en ma faveur ou en faveur des personnes dont j'ai la charge, pendant la période correspondante.

Lieu et date :

Signature du/de la bénéficiaire de l'aide sociale
(cédant) :

signature et timbre de l'autorité d'aide
sociale (cessionnaire) :





CANTON DU VALAIS
KANTON WALLIS

Département de la santé, des affaires sociales et de la culture
Service de l'action sociale

Departement für Gesundheit, Soziales und Kultur
Dienststelle für Sozialwesen

INTRODUCTION DE LA DEMANDE DE CESSION CONVENTIONNELLE 1 ASSURANCES SOCIALES

Je soussigné(e) _____,
né(e) le _____,
domicilié(e) à _____,

reconnais par la présente être partiellement ou totalement à la charge de l'aide sociale et percevoir des avances en espèces des autorités d'aide sociale (canton ou commune), sur la base de la loi fédérale en matière d'assistance (LAS) et de la loi cantonale valaisanne sur l'intégration et l'aide sociale (LIAS) ou de la loi fédérale sur l'asile (LAsi).

Ces avances sont effectuées dans l'attente de rétroactifs de prestations en espèces de l'une des assurances sociales visées par la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) :

AVS
AI
PC
Assurance chômage
Assurance maladie
Assurance accident
Assurance militaire
Autres :

En conséquence, je cède aux autorités d'aide sociale mon droit aux arriérés de prestations en espèces auxquels je peux prétendre de la part de l'assurance sociale concernée. La cession porte sur les périodes correspondantes, à hauteur des montants qui me sont versés par l'autorité d'aide sociale, à titre d'avance.

La présente cession se base sur l'article 22 alinéa 2, litt.a LPGA, qui dispose que :

“ les prestations accordées rétroactivement par l'assureur social peuvent (...) être cédées :

a) à (...) une institution d'aide sociale publique (...) dans la mesure où ceux-ci ont consenti des avances “

L'autorité d'aide sociale qui m'a accordé les avances transmettra la présente cession à l'assurance concernée.

Au moment de la décision de l'assurance quant au versement des rétroactifs, l'autorité d'aide sociale lui remettra un décompte total des avances octroyées, muni de ma signature ou une copie des quittances mensuelles, mentionnant les montants avancés et munies de ma signature.

De plus, je m'engage à fournir aux autorités d'aide sociale toutes les informations nécessaires pour faire valoir leurs droits (contrat d'assurance, décisions des assurances sociales, ...). Je délègue également les assurances sociales concernées de l'obligation de garder le secret envers les autorités d'aide sociale, au sens de l'article 33 LPGA.

La présente cession est portée immédiatement à la connaissance de l'assureur social, afin qu'il puisse verser les montants avancés directement aux autorités d'aide sociale. Pour le cas où le versement aurait déjà été effectué par l'assureur social en mes mains, je m'engage à reverser la totalité du montant visé par la présente cession aux autorités d'aide sociale dans les plus brefs délais. Elle vaut reconnaissance de dette au sens de l'article 82 LP.

Je prends note que les montants récupérés par les autorités d'aide sociale sur la base de cette cession serviront à compenser les avances consenties en ma faveur ou en faveur des personnes dont j'ai la charge, pendant la période correspondante.

Lieu et date

Signature du/de la bénéficiaire de l'aide sociale
d'aide sociale (cédant) :

Signature et timbre de l'autorité
(cessionnaire) :

Dernière modification avril 2016





Nom, Prénom :
Adresse NPA-Lieu :
NSS :
Date :
Dispositif :
Collaborateur :

CII : CRITERES DE TRI (INDICATEURS DE RISQUES)

1 ETAT DES LIEUX

Dispositifs impliqués récemment (trois dernières années) A vérifier dans le Système d'alerte

- ORP SFOP Addiction Valais OSP CIO Aucun
 OAI SUVA CMS Autres (à spécifier)

Insertion professionnelle récente : (trois dernières années)

- Effective, réelle partielle inexistante

Existence d'un contrat de travail :

- oui (quel type ?)
 non
 licenciement le :
 dernier jour de travail :
 activité indépendante

Prestations d'assurances touchées :

- LACI/LEMC SUVA / LAA
 Aide sociale APG maladie
 LAI Autres

2 FACTEURS PERSONNELS

Situation psychosociale (facteurs de risques):

- problèmes familiaux difficultés relationnelles
 problèmes financiers isolement social
 problèmes de dépendance connaissances linguistiques limitées
 problèmes de santé physique illettrisme
 problèmes de santé psychique autres (à spécifier)
 faible niveau de formation

3 PRONOSTIC

Potentiel de réinsertion :

- oui non
 testé par mesure du
 mesure prévue le
 mesure LEMC oui non

Motivation :

- oui non
 à tester par le biais d'une mesure

Dispositifs prévisiblement impliqués dans 3 à 6 mois :

- ORP CMS SFOP SUVA Autres (à spécifier)
 OAI Addiction Valais OSP CIO Aucun

4 INDICATION POUR LA PRISE EN CHARGE CII (cf. tableau de classification)

- 0 cas non CII 2 cas CII réseau Annonce du cas, le
1 cas CII simple 3 cas complexe

5 INFOS ET COMPLEMENTS



Formulaire initial d'évaluation

Identification

Nom : Prénom :
Né(e) le : No NSS :
Ass. social (e) :

Critères d'exemption

- Activité professionnelle régulière à 80% au moins (joindre copie contrat de travail)*
- En formation scolaire ou professionnelle*
- Inaptitude au travail à plus de 50% (joindre certificat médical)*
- personne seule ayant la garde d'un enfant de moins de 4 mois*
- Demande extraordinaire d'exemption (joindre les documents justificatifs)*

Demande extraordinaire d'exemption

Type d'évaluation et partenaire envisagés

- Vérification pratique de la capacité de travail ou de formation*
- Bilan des aptitudes professionnelles (évaluation théorique)*
- Evaluation médicale*

Partenaire d'évaluation envisagé

Objectifs poursuivis par l'évaluation

Ainsi fait le :

La commune :

Le CMS :

Commune
Numéro réf. cantonal

Contrat d'insertion

Identification et période de validité du contrat d'insertion

Nom du bénéficiaire _____ Centre médico-social de _____
 Nom de l'AS responsable _____
 Date de début de contrat _____ Date de fin de contrat _____

Objectifs du contrat d'insertion

Intitulé de l'objectif	Partenaire	Type mesure et dates	Délai	Evaluation
Motivation de l'objectif				
Action(s) attendue(s) du bénéficiaire				
Evaluation de l'objectif <input type="checkbox"/> Atteint <input type="checkbox"/> Pas atteint <input type="checkbox"/> Partiellement	Commentaires et justifications :		Date	Remarques

Intitulé de l'objectif	Partenaire	Type mesure et dates	Délai	Evaluation
Motivation de l'objectif				
Action(s) attendue(s) du bénéficiaire				
Evaluation de l'objectif <input type="checkbox"/> Atteint <input type="checkbox"/> Pas atteint <input type="checkbox"/> Partiellement	Commentaires et justifications :		Date	Remarques

oui non
 oui non

Durant les 6 prochains mois, est-ce qu'une insertion professionnelle est envisagée ?

Si le formulaire "CII: critères de tri (indicateur de risque) a déjà été rempli, la situation professionnelle a-t-elle évolué depuis ?

Si 2x oui, merci de remplir le formulaire CII: critères de tri (indicateur de risque) et joindre ce document au présent contrat d'insertion lors de l'envoi au SAS

Contrat d'insertion

Ainsi fait le :

Ainsi fait le :

Ainsi fait le :

Ainsi fait le :

La commune :

Le bénéficiaire :

Le bénéficiaire :

Le CMS :

Evaluation

Ainsi fait le :

Ainsi fait le :

Ainsi fait le :

Ainsi fait le :

La commune :

Le bénéficiaire :

Le bénéficiaire :

Le CMS :

Liste de contrôle de la subsidiarité de l'aide sociale

Nom et prénom du titulaire du dossier:



CANTON DE VALAIS
MORON VALAIS

RESSOURCES FINANCIERES	Type de ressources	Concerne	Prestation possible		Décision			Cession		Remarques
			oui	pas concerné	positive	négative	en cours	oui	non	
Revenus d'une activité lucrative et apprentissage	Salaires	Titulaire Conjoint Enfant								
	Activité indépendante	Titulaire Conjoint Enfant								
	Indemnités journalières	Titulaire Conjoint Enfant								
Chômage	Mesures	Titulaire Conjoint Enfant								
	Indemnités journalières	Titulaire Conjoint Enfant								
	Rentes	Titulaire Conjoint Enfant								
Assurance Invalidité	Mesures	Titulaire Conjoint Enfant								
	Allocations pour impotents (API)	Titulaire Conjoint Enfant								
	Rente AVS	Titulaire Conjoint Enfant								
Assurance AVS + orphelin(e) et veuf(ve)	Rente anticipée	Titulaire Conjoint Enfant								
	API	Titulaire Conjoint Enfant								
	Prestations complémentaires	Titulaire Conjoint Enfant								
Subsides LAMal	Subvention Caisse maladie	Titulaire Conjoint Enfant								
			Prestation		Décision			Cession		

RESSOURCES FINANCIERES	Type de ressources	Concerne	possible		Bénéficiaire			Remarques
			oui	pas concerné	positive	négative	en cours	
Allocations familiales	Alloc. familiales ou alloc. de formation	Titulaire						
		Conjoint						
		Enfant						
Assurance LPP	Rente LPP	Titulaire						
		Conjoint						
		Enfant						
Assurance APG / IPG (maternité, maladie, militaire,...)	Compte de libre passage / Capital LPP	Titulaire						
		Conjoint						
		Enfant						
Assurance APG / IPG (maternité, maladie, militaire,...)	Indemnités perte de gains	Titulaire						
		Conjoint						
		Enfant						
Assurance APG / IPG (maternité, maladie, militaire,...)	Autres	Titulaire						
		Conjoint						
		Enfant						
Assurance APG / IPG (maternité, maladie, militaire,...)	Rentes	Titulaire						
		Conjoint						
		Enfant						
Assurance Accident	Indemnités journalières	Titulaire						
		Conjoint						
		Enfant						
Assurance Accident	API	Titulaire						
		Conjoint						
		Enfant						
Assurance Accident	Autres (Allocation atteinte à l'intégrité,...)	Titulaire						
		Conjoint						
		Enfant						
Bourses et prêts d'honneurs	Allocations de formation	Titulaire						
		Conjoint						
		Enfant						
Pensions alimentaires	Versées par ex-conjoint(e)	Titulaire						
		Conjoint						
		Enfant						
Pensions alimentaires	Versées par BRAPA	Titulaire						
		Conjoint						
		Enfant						
Aide financière de tiers (indemnité ménage, dette alimentaire, obligation d'entretien)	Autres	Titulaire						
		Conjoint						
		Enfant						
Autres ressources financières (Dons, gains de loterie, rentes étrangères, revenus de biens mobiliers ou immobiliers,...)	Autres	Titulaire						
		Conjoint						
		Enfant						
A préciser sous remarques	Autres	Titulaire						
		Conjoint						
		Enfant						

Liste de contrôle de la subsidiarité de l'aide sociale

FORTUNE	Concerne	Valeur du bien (valeur vénale pour les immeubles - cf. annexe directive sur calcul du budget)	Cession / cédule		Montant des dettes éventuelle sur le bien	Remarques
			oui	non		
Assurance vie	Titulaire					
	Conjoint					
	Enfant					
Véhicule	Titulaire					
	Conjoint					
	Enfant					
Biens immobiliers en Suisse	Titulaire					
	Conjoint					
	Enfant					
Biens Immobiliers à l'étranger	Titulaire					
	Conjoint					
	Enfant					
Comptes bancaires/postaux/argent liquide	Titulaire					
	Conjoint					
	Enfant					
Dessalement de fortune	Titulaire					
	Conjoint					
	Enfant					
Autres éléments de fortune	Titulaire					
	Conjoint					
	Enfant					
Date et signature des bénéficiaires						
Visa attestant que les éléments de fortune et les moyens financiers contenus dans ce document soient conformes à la situation du ménage						
Visa attestant que les vérifications ont été effectuées et que les pièces nécessaires figurent au dossier						
Date et visa 1er contrôle CMS						
Assistant/e social/e ou Assistant/e administratif/ve ou Responsable d'équipe						
Date et visa 2ème contrôle CMS						
Assistant/e social/e ou Assistant/e administratif/ve ou Responsable d'équipe						
Date et visa Commune						

