

Réf : F18002.07

Service de l'aide médicale et des prestations sociales

Direction provinciale de l'Action
Sanitaire et Sociale (DPASS)
17 rue Georges Clémenceau
BP U2, 98852 Nouméa cedex

Tél. 20 52 62 – Fax 20 47 79

ÉVALUATION ET ENGAGEMENT DE LA PARTICIPATION FINANCIÈRE DE L'OBLIGÉ ALIMENTAIRE*

(Articles 205 à 210 du Code Civil applicables en Nouvelle-Calédonie)

Partie réservée à l'administration

- ☐ Demande d'allocation personnes âgées ☐ Demande d'aide à domicile
☐ Demande d'aide pour placement en maison de retraite ou pension de famille
☐ Mise à jour du dossier pour l'année

À compléter par chacun des obligés alimentaires

IDENTITÉ ET COORDONNÉES

		DEMANDEUR	OBLIGÉ ALIMENTAIRE
Civilité		☐ Madame ☐ Monsieur	☐ Madame ☐ Monsieur
Statut civil		☐ Droit commun ☐ Droit coutumier	☐ Droit commun ☐ Droit coutumier
Nom d'usage			
Nom de naissance			
Prénom(s)			
Date de naissance			
Lieu de naissance	Pays		
	Ville		
Nationalité		☐ Française ☐ Étrangère	☐ Française ☐ Étrangère
Contact	Tél. fixe		
	Tél. portable		
Adresse			
Courriel			
Profession			

RÉCAPITULATIF DES RESSOURCES ET CHARGES MENSUELLES DE L'OBLIGÉ ALIMENTAIRE (FCFP)

RESSOURCES MENSUELLES			CHARGES MENSUELLES			
Détails	Madame	Monsieur	Détails	Montants		
Salaire net imposable			Loyer			
Retraites	<i>Cafat</i>		Accession à la propriété			
	<i>CRE</i>			Crédits	<i>Habitation</i>	
	<i>Autres</i>				<i>Voiture</i>	
Autres	<i>Pensions</i>		Autres	<i>Eau</i>		
	<i>Revenus locatifs</i>			<i>Électricité</i>		
	<i>Indemnités diverses</i>			<i>Divers</i>		
TOTAL			TOTAL			

*Personnes sur qui la loi fait peser un devoir de secours en faveur du demandeur d'aide sociale.

MONTANT DE L'AIDE FINANCIÈRE APPORTÉE PAR L'OBLIGÉ ALIMENTAIRE À LA PERSONNE QUI DEMANDE L'AIDE SOCIALE

☐ Je m'engage à participer financièrement à hauteur de _____ F CFP par mois.

☐ Je ne suis pas en mesure de participer financièrement.

Observation(s) _____

☐ Je certifie sur l'honneur l'exactitude de tous les renseignements figurant sur le présent document, avoir pris connaissance des sanctions encourues au cas de fausse déclaration et m'engage à fournir toutes pièces justificatives complémentaires.

Fait à _____, le (jj/mm/aaaa) _____

Signature



LISTE DES PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR

- ☐ Copie du livret de famille ou autre
- ☐ Copie de la dernière fiche de paie
- ☐ Copie de la déclaration d'impôts et de l'avis d'imposition de l'année précédente
- ☐ Copie des justificatifs des charges (quittance de loyer, dernière facture d'électricité, d'eau, de téléphone, autres...)

INFORMATIONS RÉGLEMENTAIRES

Délibération n° 12/90/APS du 24 janvier 1990 relative à la mise en application de l'aide médicale et des aides sociales en province Sud :

ART.16 : Dans un délai de deux ans des recours peuvent être exercés par la Province pour le remboursement des prestations prévues par la délibération cadre et par la présente délibération :

- a) contre la succession du bénéficiaire ;
- b) contre le donataire lorsque la donation est intervenue postérieurement à la demande d'aide médicale ;
- c) contre le légataire ;
- d) contre les débiteurs d'aliments. En cas de carence du bénéficiaire de l'aide médicale, le Président de la Province peut demander en son lieu et place à l'autorité judiciaire la fixation des dettes alimentaires, avec leur éventuel reversement à la Province, ainsi que le remboursement à l'encontre de tous responsables des sommes qu'elle a supportées.

La province est, dans la limite des prestations allouées, subrogée dans les droits du bénéficiaire de l'aide médicale en ce qui concerne les créances pécuniaires de celui-ci contre toute personne physique ou morale en tant que ces créances ne sont ni incessibles, ni insaisissables.

ART.25 : Les personnes tenues à l'obligation alimentaire instituée par les articles 205 et suivants du code civil sont, à l'occasion de toute demande d'aide sociale, invitées à indiquer l'aide qu'elles peuvent allouer aux demandeurs et à apporter, le cas échéant, la preuve de leur impossibilité de couvrir la totalité des frais.