



DIRECTION GENERALE DE LA SOLIDARITE
 Direction de l'Autonomie
 Service Aide Sociale et Récupérations

ETAT DE REVERSEMENT DES RESSOURCES DES BENEFICIAIRES DE L'AIDE SOCIALE EN HEBERGEMENT SPECIALISE

ETABLISSEMENTS

ETABLISSEMENT

NOM :
 Adresse :

 Email :
 ☎ :

PERIODE : du :
 au :
 soit mois

**Le minimum légal à laisser à la disposition du bénéficiaire
 est égal à 30% de l'AAH à taux plein**

Montant mensuel de l'AAH à taux plein :

Minimum légal calculé pour la période :

| Bénéficiaire de l'Aide Sociale | Nature des ressources | Montant perçu (1) | Retenues sur ressources | | | | | | |
|--------------------------------|-----------------------|-------------------|---|--|---|------------------|--|---------------------------|---------|
| | | | Part des ressources à conserver par le bénéficiaire (A) | | Si absences supérieures à 72H pour convenances personnelles | | Montant total laissé à disposition (2) | Déductions autorisées (3) | |
| | | | | | Nb jours absence | Nb jours période | | Nature | Montant |
| NOM Prénom : | | | | | | | | | |
| N° de dossier : | A.A.H. | | 10% | | | | si (A) supérieur au minimum légal, (2) = (A)+(B), sinon (2)=minimum légal + (B) | Mutuelle Compl. Santé (*) | |
| (a) préciser la nature : | autres ressources (a) | | 10% | | | | | | |
| | Aide Logement | | 0% | | Dispense de contribution (B) | | | | |
| | TOTAL : | | | | | | | | |

(B) = (AAH + Autres ressources sauf aide au logement - Minimum légal) multiplié par le nombre de jour d'absences, divisé par le nombre de jours de la période

(*) : uniquement si ACS demandée

Date et visa de l'Etablissement :

Vu et vérifié, ALBI, le
 P/le Président du Conseil départemental
 La Responsable de Service

A reverser au Département
 (1)-(2)-(3)

Claire ESPITALIER

Les justificatifs des intérêts nets de capitaux doivent être joints à l'état du 1er mois ou du 1er trimestre de l'année. Ne pas intégrer ces montants sur le présent état, ils feront l'objet d'un reversement spécifique