



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 : revressph

Email :

☎ :

PERIODE : du :
 au :
 soit mois

**Le minimum légal à laisser à la disposition du bénéficiaire
 est égal à 50% 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) préciser la nature :	A.A.H.		10%				si (A) supérieur au minimum légal, (2) = (A)+(B), sinon (2)=minimum légal + (B)	Mutuelle Compl. Santé (*)	
	Salaire		1/3						
	autres ressources (a)		10%						
	Aide Logement		0%						
	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 :
 (ou identité et qualité de la personne ayant établi l'état de reversement)

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

Mise à jour janvier 2019