

Département du Val d’Oise

Direction de la Vie Sociale

DEMANDE DE MESURE D’ACCOMPAGNEMENT SOCIAL PERSONNALISÉ

La Mesure d’Accompagnement Social Personnalisé (**MASP**) est une mesure contractualisée d’aide à la gestion des prestations sociales et d’accompagnement social individualisé d’une personne majeure qui perçoit des prestations sociales et dont la santé ou la sécurité est menacée par les difficultés qu’elle éprouve à gérer ses ressources. Elle est régie par les articles L 271-1 à L 271-6 du code de l’action sociale et des familles.

La décision de MASP fait l’objet d’une évaluation préalable réalisée par les services départementaux.

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom et Prénom du demandeur :**Cliquez ici pour entrer du texte. | **Nom et Prénom du conjoint / concubin :**Cliquez ici pour entrer du texte. |
| **Date de naissance :**Cliquez ici pour entrer du texte. | **Date de naissance du conjoint / concubin :**Cliquez ici pour entrer du texte. |
| **Adresse de domicile :**Cliquez ici pour entrer du texte. | **Adresse de domiciliation :**Cliquez ici pour entrer du texte. |
| **Coordonnées téléphoniques :**Domicile : Cliquez ici pour entrer du texte. Portable: Cliquez ici pour entrer du texte.Autre : Cliquez ici pour entrer du texte. |

|  |
| --- |
| **Composition du foyer  Nombre d’adultes :** Cliquez ici pour entrer du texte. **Nombres d’enfants  mineurs :** Cliquez ici pour entrer du texte. |

|  |
| --- |
| **Prestations Familiales éligibles à la MASP perçues :** |
| **Par le demandeur** | **Par un autre membre du foyer** |
| **Nature** | **Montant mensuel** | **Nature** | **Montant mensuel** |
| RSA |  | RSA |  |
| AAH |  | AAH |  |
| Aide au logement (sauf en tiers payant) |  | Aide au logement (sauf en tiers payant) |  |
| Prestations familiales |  | Prestations familiales |  |
| Prestations vieillesses |  | Prestations vieillesses |  |
| Autres prestations sociale |  | Autres prestations sociales |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Total** |  **0,00 €** | **Total** |  **0,00 €** |

PIECES à JOINDRE pour chacune des personnes faisant la demande :

* un justificatif d'identité,
* un justificatif de domicile,
* un justificatif du versement d'une prestation sociale ou familiale éligible

|  |
| --- |
| **A remplir par de demandeur**** Pourquoi souhaitez-vous une MASP ? Quels changements seraient importants pour vous ? Comment imaginez-vous l'accompagnement ?**Cliquez ici pour entrer du texte. |

|  |  |
| --- | --- |
| ** Faites-vous ou avez-vous fait récemment l’objet d’un suivi social ou budgétaire**  **?**Oui [ ]  Non [ ]  **Si oui**, par quel service ou professionnel ?

|  |
| --- |
| *Indiquer ici le nom, le service et les coordonnées de la personne qui vous suit* :Cliquez ici pour entrer du texte. |

Cette personne est-elle informée de votre demande de MASP ? Oui [ ]  Non [ ] Autorisez-vous le service social départemental à contacter cette personne ?Oui [ ]  Non [ ]  |

|  |  |
| --- | --- |
| ** Avez-vous été orienté vers une MASP par un service ou un professionnel ?**Oui [ ]  Non [ ] **Si oui**, par quel service ou professionnel ?

|  |
| --- |
| *Indiquer ici le nom, le service et les coordonnées de cette personne ou de ce service* :Cliquez ici pour entrer du texte. |

Autorisez-vous le service social départemental à contacter cette personne ?Oui [ ]  Non [ ]  |

**Déclaration du demandeur :**

|  |
| --- |
| Je soussigné(e), nous soussignés Cliquez ici pour entrer du texte. , déclare, déclarons souhaiter bénéficier d’une Mesure d’Accompagnement Social Personnalisé.À Cliquez ici pour entrer du texte., le Cliquez ici pour entrer du texte.  Signature |

*Annexe 1*

**Liste des territoires d’Intervention Sociale et Médico-Sociale du Val-d’Oise**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **TISMS**  | **ADRESSE** | **TRAVAILLEUR SOCIAL MASP** | **RESPONSABLE DE****TERRITOIRE** |
| **ARGENTEUIL** | **10 rue L'évêque CS 30047****95815 ARGENTEUIL Cedex****Tel : 01 34 33 54 54** | **Isabelle ARNONE** | **Taous CHALAH** |
| **BEAUMONT** | **7 rue Léon Godin Centre Louis Mazade****95260 BEAUMONT****Tel : 01 34 33 59 00** | **Laurence DIETTE** | **Valérie BERTAUX**  |
| **CERGY** | **12 avenue de la Bastide****95800 CERGY ST CHRISTOPHE****Tel : 01 34 33 51 00** | **Charlotte COPON** | **Anne-Marie REYNES** |
| **EAUBONNE** | **6 avenue de Paris****95600 EAUBONNE****Tel : 01 34 33 56 80** | **Valérie VIVIANI** | **Emmanuel VERQUIN** |
| **GARGES / SARCELLES** | **36 avenue Joliot Curie - Espace Europe** **CS 60129****95142 GARGES LES GONESSE Cedex****Tel : 01 34 33 81 81 ou 82** | **Sandrine ROGER** | **Marie-Agnès BOLOGNE**  |
| **GONESSE / VILLIERS LE BEL** | **34 avenue Pierre Sémard****95400 ARNOUVILLE LES GONESSE****Tel : 01 34 33 59 70** | **Anne LACAZE** | **Nono MUSOKI** |
| **19 avenue Gabriel Péri****95500 GONESSE****Tel : 01 34 33 81 00** | **Bénédicte FRANÇOIS**  |
| **HAUTIL** | **40 avenue Gavroche****95490 VAUREAL****Tel : 01 34 33 50 00** | **Keltia LE MARCHAND** | **Anne LENHARDT** |
| **HERBLAY** | **6 rue Romy Schneider****95220 HERBLAY****Tel : 01 34 33 53 00** | **Fanny BORDELAIS** | **Elisabeth CHRISTINY** |
| **PONTOISE / VEXIN** | **10/12 Boulevard Gambetta****95640 MARINES****Tel : 01 34 33 52 30** | **Vérane SAVY** | **Corinne CHARON** |
| **MONTMORENCY** | **5 place Mendès-France****95160 MONTMORENCY****Tel : 01 34 33 56 00** | **Catherine HAMON** | **Laurent GAETA** |

|  |
| --- |
| **CELLULE MASP** **D.G.A.S. 2 avenue de la Palette – CS 20201 - 95032 CERGY PONTOISE Cedex** |
| **Florence ALMASAN** | **Responsable** | **01 34 25 14 83** |
| **Laurence GRENÉ** | Assistante administrative | 01 34 25 37 40 |