

**AUTORISATION DE PERCEPTION DES REVENUS PAR L'ETABLISSEMENT
SUR DEMANDE DU RESPONSABLE DE L'ETABLISSEMENT**

(à retourner au Département de l'Isère – Service prestations financières et aide sociale
15, Avenue Doyen Louis Weil - 38010 Grenoble cedex 1)

Je soussigné(e) (nom, prénom) : _____

Directeur de : _____

Déclare que M, Mme, (nom, prénom) : _____

Né(e) le : _____ à : _____

Admis(e) dans mon établissement au titre de l'aide sociale aux personnes âgées
depuis le _____ ne s'acquitte plus de
sa contribution depuis le _____.

Conformément à l'article L.132-4 du Code de l'Action Sociale et des Familles, je
sollicite l'autorisation de perception de ses revenus par l'établissement.

Fait à _____ , le _____

Observations du bénéficiaire ou de son représentant légal :

Fait à _____ , le _____

Vu pour accord pendant 4 ans.

A Grenoble, le

Le Président du Département,