

Département de la santé, des affaires sociales et de la culture

Service de l'action sociale

CP 478, 1951 Sion

**SUSPICION D’OBTENTION ILLICITE DE L’AIDE SOCIALE – DEMANDE D’ENQUÊTE**

**Autorité de l’aide sociale**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| CMS | (TeamnameSozialarbeit) | | | | |
| Personne en charge du dossier | (Assistant·e social·e) | | | | |
| Téléphone |  |  | Email |  |

**Bénéficiaire de l’aide sociale concerné**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Coordonnées  Adresse | | (Nom) / (Numéro AVS) / (Date de naissance)  (Wohnadresse) | | | | | |
| Téléphone et email | | (TelefonStandard) | | | | (E-Mail) | | |
|  | |  | | | | | |
| Nombre d’enfants à charge | |  | | | | | |
| Sous tutelle / sous curatelle | | Oui | Nom et adresse du tuteur ou curateur | | | | |
| Non |
|  | |  | | | | | |
| Profession | |  | | | | | |
| Dernier employeur connu | |  | | | | | |
| Téléphone |  |  | |  |  | |

**Situation dans le domaine de l’aide sociale**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| À l’aide sociale depuis le | | | |  | | | | Antécédents à l’aide sociale ? | | Oui / CMS de  Non | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | |  | | | | | | | | | | | |  | | |
| Avant sa prise en charge par l’aide sociale, le bénéficiaire était… | | Salarié | | | | | | Indépendant | | Au chômage | | | | | | | | | | | | |
| Au bénéfice de prestations d’une autre assurance sociale | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |
| Montant de l’aide mensuelle allouée | Fr. | | | | | | Loyer pris en charge  (charges comprises) | | | | Fr. | | | | | | |
|  | |  | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |
| En arrêt de travail pour cause de maladie ou accident | | | Oui  Non | | | Si oui, joindre le certificat médical et préciser le taux d’incapacité | | | | | | | | | % | | | | | |
|  | | |  | | |  | | | | | | | | |  | | | | | |
| Activité professionnelle annoncée ? | | | Oui | | | Activité salariée | | | | | | | | | Dès le | | | | | |
| Non | | | Activité indépendante | | | | | | | | |
|  | |  | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |
| Revenu mensuel annoncé | | Fr. | | | | | | Fiches de salaire transmises ? | | | | | | | | Oui  Non | | | | | |
| Employeur | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Horaire de travail | | Jour  Nuit | | | Irrégulier  Sur appel | | | | Lu  Ma i Me  Je  Ve  Sax Di | | | | | | | | | | |
|  | |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Activité bénévole annoncée ? | | Oui | | | Nature et lieu de l’exercice de cette activité | | | | | | | | | | | | | | |
| Non | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | |  | | | | | | | | | | | |  | | |
| Nombre de personnes occupant le logement | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sous-location annoncée ? | | Oui | | | Loyer mensuel encaissé annoncé | | | | | | | Fr. | | | | | | |
| Non | | |  | | | | | | | | |  | | | | | |

**Soupçons d’obtention illicite de l’aide sociale**

|  |  |
| --- | --- |
| Éléments à cibler lors de l’enquête | Travail et revenu non annoncés  Patrimoine non annoncé  Adresse incorrecte  Sous-location non annoncée  Logement partagé avec d’autres personnes  Autres (à préciser :      ) |
|  |  |
| Origine des soupçons | Information d’un tiers (Qui :       - Téléphone :      )  Information d’un service communal (lequel :      )  Information d’un service cantonal (lequel :      )  Standing de vie incompatible avec une situation d’indigence  Standing de logement incompatible avec une situation d’indigence  Non présentation aux rendez-vous fixés par le CMS  Demande d’ajournement des rendez-vous fixés par le CMS  Venue aux rendez-vous en vêtements de travail  Bruits de travaux lors d’entretiens téléphoniques  Abus commis lors d’une précédente prise en charge par l’AS  Absences régulières lors de visite à domicile  Plusieurs animaux de compagnie coûteux à l’entretien  Réseaux sociaux (préciser:      )  Autres (préciser:      ) |
|  |  |
| Vérifications effectuées par le collaborateur du CMS en charge du dossier | Visites à domicile (date(s) :      )  Contrôle bancaire (date(s) :      )  Contrôle PostFinance (date(s) :      )  Extrait du registre foncier  Demande d’explications en séance au CMS  Autres (à préciser :      ) |

**Descriptif des faits**

**Annexes**

Photographie du bénéficiaire

Copie de la procuration générale

Copie du journal de l’aide sociale (période pertinente)

Budget du mois en cours et du précédent

Documents bancaires

Extrait de l’Office des poursuites et faillites

Extrait du registre foncier

Dernière déclaration fiscale

Autres (à préciser :      )

Date : 9 décembre 2024

Validation Chef CMS :