



SUSPICION D'OBTENTION ILLICITE DE L'AIDE SOCIALE – DEMANDE D'ENQUÊTE

Autorité de l'aide sociale

Personne en charge du dossier

Téléphone

Email

Bénéficiaire de l'aide sociale concerné

Nom complet *(selon pièce d'identité)*

Prénom

Date de naissance

Etat civil

Célibataire

En concubinage

Veuf

Marié/Lié par un partenariat

Divorcé / Séparé

Identité du conjoint ou concubin

Nombre d'enfants à charge

Sous tutelle / sous curatelle

Oui

Non

Nom et adresse du tuteur ou curateur

Profession

Dernier employeur connu

Adresse

Domicile

Téléphone

Privé

Mobile

Situation dans le domaine de l'aide sociale

A 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

Non

Activité salariée

Activité

Dès le

Revenu mensuel annoncé

Fr.

Fiches de salaire transmises

Oui

Non

Employeur

Horaire de travail

Jour

Nuit

Irrégulier

Sur appel

Lu Ma Me Je

Ve Sa Di

Activité bénévole annoncée ?

Oui

Non

Nature et lieu de l'exercice de cette activité

Nombre de personnes occupant le logement

Sous-location annoncée ?

Oui

Non

Loyer mensuel encaissé Fr.

CHF

Soupçons d'obtention illicite de l'aide sociale

- | | |
|---|---|
| Eléments 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 (préciser : _____) |
| Origine des soupçons | <input type="checkbox"/> Information d'un tiers (qui : _____ - tél _____)
<input type="checkbox"/> Information d'un Service communal (lequel : _____)
<input type="checkbox"/> Information d'un Service cantonal (lequel : _____)
<input type="checkbox"/> Standing de vie incompatible avec une situation d'indigence
<input type="checkbox"/> Standing de logement incompatible avec une situation d'indigence
<input type="checkbox"/> Non présentation aux rendez-vous fixés par le CMS
<input type="checkbox"/> Demandes d'ajournement des rendez-vous fixés par le CMS
<input type="checkbox"/> Venue au rendez-vous en vêtements de travail
<input type="checkbox"/> Bruits de travaux lors d'entretiens téléphoniques
<input type="checkbox"/> Abus commis lors d'une précédente prise en charge par l'AS
<input type="checkbox"/> Absences régulières lors de visite à domicile
<input type="checkbox"/> Plusieurs animaux de compagnie couteux à l'entretien
<input type="checkbox"/> Réseaux sociaux (préciser : _____)
<input type="checkbox"/> Autres (préciser : _____) |
| Vérifications effectuées par le collaborateur du CMS en charge du dossier | <input type="checkbox"/> Visites à domicile (Date(s) : _____)
<input type="checkbox"/> Contrôle bancaire (Date(s) : _____)
<input type="checkbox"/> Contrôle PostFinance (Date(s) : _____)
<input type="checkbox"/> Extrait du Registre Foncier
<input type="checkbox"/> Demande d'explications en séance au CMS
<input type="checkbox"/> Autres (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 (préciser : _____)

Date :

Validation Chef CMS :