Titre

Prénom Nom

Adresse

CP

NPA Lieu

 **Notre réf.** /

 **Votre réf.** /

 **Date** 00 mois 0000

**Décision de refus d’aide sociale**

Madame, Monsieur,

A la demande du centre médico-social de [Lieu], la commune de [lieu] a traité votre demande d’aide sociale du [date] lors de sa séance du [date] et a rendu la décision suivante.

**Vu**

* la loi cantonale du 10 septembre 2020 sur l’intégration et l’aide sociale (LIAS) et son ordonnance du 21 avril 2021 (OLIAS) dans leur teneur actuelle ;
* les directives cantonales en matière d’aide sociale ;
* la demande d’aide sociale, accompagnée des documents nécessaires, transmis à la commune par le CMS le [date] ;
* la compétence de la commune de [lieu] ;

**Etat de fait**

**Décision**

En s’appuyant sur les bases légales et l’état de fait ci-dessus, la commune a décidé de refuser votre demande d’aide sociale.

**Motivation**

**Voies de recours**

La présente décision peut faire l’objet d’un recours auprès du Conseil d’Etat, Palais du Gouvernement, 1950 Sion, dans les 30 jours, dès sa notification. Le mémoire de recours doit contenir un exposé concis des faits, des motifs accompagnés des moyens de preuve, ainsi que des conclusions. Il doit être daté et signé par le recourant ou son mandataire. Les dispositions de la loi sur l’intégration et l’aide sociale et de la loi sur la procédure et la juridiction administratives s’appliquent pour le surplus.

Nous vous prions d’agréer, , l’expression de nos sentiments les meilleurs.

**Commune de [lieu]**

**Signature**

Centre médico-social de [lieu]