



DÉLÉGATION AUTONOMIE ET HANDICAP

Dossier de demande d'allocation personnalisée d'autonomie à domicile

CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION
Dossier arrivé au Département le :

DOSSIER FAMILIAL N°

Vous, le demandeur :

☐ Madame ☐ Monsieur

votre nom en lettres capitales

votre prénom

demeurant à :
votre commune de résidence

À lire attentivement avant de remplir votre dossier

Vous sollicitez une Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) à domicile. Afin que votre demande puisse être instruite dans les meilleurs délais par le Département, veuillez prendre connaissance des précisions et conseils suivants.

I. Le terme « demandeur » est la personne concernée par la perte d'autonomie.

II. Dans les cas de demande pour les deux membres du couple, remplissez deux dossiers.

III. Liste des pièces réglementaires à fournir

Toute demande d'APA doit être accompagnée de la photocopie des documents suivants :

1. Si vous êtes français, ressortissant européen ou assimilé

Livret de famille ou carte nationale d'identité ou extrait de naissance ou passeport de l'U.E

2. Si vous ne relevez pas de la catégorie 1

Carte de résident (en cours de validité) ou titre de séjour (en cours de validité).

3. Avis d'imposition ou de non-imposition

Une photocopie de toutes les pages du dernier avis d'imposition ou de non imposition sur le revenu.

Attention ! Dans les cas de vie maritale (concubinage), fournir les avis des deux membres du foyer.

4. Si vous êtes propriétaire d'un ou plusieurs biens immobiliers autres que votre résidence principale

Le cas échéant, tout pièce justificative des biens ou capitaux relevant du patrimoine dormant (photocopie du dernier relevé des taxes foncières sur les propriétés bâties et sur les propriétés non bâties, relevé annuel d'assurance vie...).

5. Relevé d'identité bancaire (RIB) ou postal (RIP).

6. Si vous faites l'objet d'une mesure de protection judiciaire (tutelle, curatelle, sauvegarde de justice), jugement.

IV. Conseils utiles pour faciliter l'ouverture éventuelle de vos droits à l'APA

Pour pouvoir être instruite, votre demande doit être complète, c'est-à-dire :

- toutes les rubriques qui composent le dossier ci-joint doivent être remplies et complétées ;
- si vous n'êtes pas concerné(e) par certaines rubriques, mettez la mention « néant » dans chaque case ;
- n'oubliez pas de dater et signer votre demande.

Enfin, si vous rencontrez des difficultés lors de la constitution de votre demande, vous pouvez contacter le N° de téléphone suivant :

**ALLO
SENIORS 06**

 **N° Vert 0 800 74 06 06**

APPEL GRATUIT DEPUIS UN POSTE FIXE

Suivi en ligne sur :

<https://social.departement06.fr>

Avant de nous transmettre votre dossier avez-vous vérifié :

- Que toutes les zones ont été correctement remplies ?
- Que toutes les pièces justificatives ont été jointes ?
- Que vous avez daté et signé votre demande ?

Tout dossier incomplet et/ou mal rempli vous sera retourné.

A - ÉTAT CIVIL

	VOUS (personne concernée par la perte d'autonomie)	VOTRE CONJOINT ou PERSONNE VIVANT MARITALEMENT ou PACS (barrer les mentions inutiles)
NOM (ou nom marital pour les femmes mariées ou veuves)		
NOM de jeune fille		
Prénom		
Date et lieu de naissance		
Nationalité		
Retraité ou en activité		
Situation familiale	☐ marié ☐ divorcé ☐ veuf ☐ concubin ☐ PACS ☐ célibataire	

COUVERTURE SOCIALE

Organisme de Sécurité Sociale		
N° de Sécurité Sociale		

RÉGIME DE RETRAITE

Régime principal
N° de pension

B - PERSONNES À CHARGE

NOM – Prénom	Qualité (enfant, ascendant, autre)	Adresse

C - MESURE DE PROTECTION

Faites-vous l'objet d'une mesure de protection ☐ Non ☐ Oui

Si oui, laquelle ? ☐ Sauvegarde de justice ☐ Curatelle ☐ Tutelle

Nom et adresse du tuteur ou de l'association chargée de la mesure :

Code postal Commune

D - ADRESSES

Votre adresse actuelle (préciser l'étage si immeuble) :	Numéros de téléphone où il est possible de vous joindre
_____	_____
_____	_____
Code postal Commune _____	_____
_____	_____
La date d'arrivée à cette adresse :	_____
Êtes-vous ☐ Propriétaire ☐ Locataire ☐ Usufuitier ☐ Autre	_____
Le cas échéant, s'agit-il (à ne remplir que si vous êtes concerné(e)):	_____
☐ d'un foyer-logement ☐ d'une résidence-services pour 3 ^e âge	_____
☐ du domicile d'un particulier accueillant à titre onéreux dans le cadre de la loi du 10 juillet 1989 relative à l'accueil familial	_____
si oui, date de début d'accueil	_____
Dans ces trois derniers cas, préciser votre précédente adresse :	_____
_____	_____
Code postal Commune _____	_____

ADRESSE ACTUELLE DE VOTRE CONJOINT, SI DIFFÉRENTE DE LA VÔTRE

[illegible]

ADRESSE DU DOMICILE HABITUEL, SI DIFFÉRENTE DU LIEU DE RÉSIDENCE ACTUEL

Code postal [][][][][] Commune _____ Numéro de téléphone
[][][][][][][][][][][][][]

E - PERSONNES À CONTACTER pour la visite d'évaluation à domicile ou en cas d'urgence

NOM - Prénom	QUALITÉ (enfant, parent, autre)	ADRESSE	Numéro de téléphone
			[][] [][] [][] [][] [][]
			[][] [][] [][] [][] [][]

MÉDECIN		
NOM	COMMUNE	Numéro de téléphone
		[][] [][] [][] [][] [][]

Conformément à l'article R 232-7 du Code de l'action sociale et des familles, le médecin désigné pourra être contacté par l'équipe médico-sociale lors de l'instruction de votre dossier.

F - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOS REVENUS ET VOTRE PATRIMOINE

F1 - RESSOURCES NE FIGURANT PAS DANS L'AVIS D'IMPOSITION OU DE NON-IMPOSITION À L'IMPOT SUR LE REVENU

Avez-vous des revenus soumis au prélèvement libératoire en application des articles 125-0 A et 125 du code général des impôts ?	☐ Oui ☐ Non
Si oui, montant à préciser	MONTANT
Pour vous	
Pour votre conjoint, concubin ou PACS	

F2 - ALLOCATIONS ET AIDES : êtes-vous bénéficiaire de ?

L'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP)	☐ Oui ☐ Non
La majoration pour aide constante d'une tierce personne (MTP)	☐ Oui ☐ Non
La prestation complémentaire pour recours à tierce personne (PC RTP)	☐ Oui ☐ Non
L'aide ménagère servie par votre caisse de retraite	☐ Oui ☐ Non

ATTENTION ! CES AIDES NE SONT PAS CUMULABLES AVEC L'APA

F3 - PATRIMOINE NON DECLARÉ SUR L'AVIS D'IMPOSITION

BIENS IMMOBILIERS

(ne pas déclarer la résidence principale si celle-ci est occupée par le demandeur, son conjoint, son concubin ou PACS, ses enfants ou petits enfants)

Nature et adresse (préciser la nature de ceux-ci, leur adresse et la valeur locative indiquée dans le dernier relevé de la taxe foncière sur les propriétés bâties et non bâties)

Nature _____	Adresse _____	Valeur locative _____
Nature _____	Adresse _____	Valeur locative _____
Nature _____	Adresse _____	Valeur locative _____

BIENS MOBILIERS et CAPITAUX NON PLACÉS (dont assurance-vie)

(ne pas déclarer les capitaux placés, y compris ceux exonérés d'impôts (livret A, livret de développement durable, plan d'épargne logement, plan d'épargne en actions), qui ne constituent pas du patrimoine dormant.
En revanche, la valeur des contrats d'assurance-vie, qui relèvent du patrimoine dormant, doit être déclarée.

Type _____	Valeur _____
Type _____	Valeur _____
Type _____	Valeur _____

G - DEMANDE SIMPLIFIEE DE CARTE D'INVALIDITE ET DE CARTE DE STATIONNEMENT

Souhaitez-vous bénéficier de la carte d'invalidité prévue à l'article L. 241-3 : ☐ oui ☐ non

Souhaitez-vous bénéficier de la carte de stationnement prévue à l'article L. 241-3-2 : ☐ oui ☐ non

La loi sur l'adaptation de la société au vieillissement prévoit que pour les bénéficiaires de l'APA à domicile relevant des GIR1 et GIR2, la demande est transmise directement par les services départementaux au Directeur de la MDPH.

Il appartient aux personnes ne relevant ni d'un GIR 1 ni d'un GIR2 de déposer directement leur demande auprès de la MDPH.

H - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PROCHES AIDANTS DU DEMANDEUR

Ce volet du dossier de demande vise à apporter des premières informations sur les personnes de votre famille ou de votre entourage amical ou de voisinage qui vous apportent une aide dans la vie quotidienne, qu'on dénommera "aidants" dans ce qui suit.

☐ Nom et prénom de votre ou de vos aidants : _____

☐ Age de votre ou de vos aidants : _____

☐ Lieu de résidence de votre ou de vos aidants : _____

☐ Nature de votre lien avec votre ou vos aidants : _____

☐ Nature de l'aide apportée : _____

☐ Durée et périodicité approximatives de cette aide pour une journée,

une semaine ou un mois (selon ce qui vous paraît le plus pertinent) : _____

I - AUTORISATION DE TRANSMISSION

☐ J'autorise ☐ je n'autorise pas

L'équipe médico-sociale à transmettre les éléments relatifs à l'évaluation des besoins et aux aides préconisées lors de l'évaluation aux institutions et professionnels compétents pour l'attribution de financements de certaines aides (adaptation du logement, aides techniques...).

☐ J'autorise ☐ je n'autorise pas

L'équipe médico-sociale, si elle le juge opportun, à transmettre à la caisse de retraite dont je relève, le compte rendu de visite mentionnant le degré de perte d'autonomie et l'évaluation des besoins.

DISPOSITIONS RÉGLEMENTAIRES

« INFORMATIQUE ET LIBERTÉS »

Les informations recueillies vous concernant font l'objet d'un traitement informatique, auquel vous consentez, destiné à instruire votre demande d'allocation personnalisée d'autonomie à domicile et de contrôle le droit. Le Conseil départemental des Alpes-Maritimes est le responsable de traitement. Le traitement est nécessaire au respect d'une obligation légale à laquelle le responsable du traitement est soumis (Article 6-1 C du RGPD) Cette aide s'inscrit dans le cadre réglementaire suivant :

- Code de l'action sociale et des familles,
- Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement
- Règlement départemental d'aide et d'actions sociales
- Délibération prise le 18 décembre 2006 par l'assemblée départementale prévoyant la mise en œuvre des plans d'aide dans le cadre de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile et la participation à l'examen des situations individuelles avec les centres communaux d'action sociale (CCAS)
- Délibération n°21 de la commission permanente du 2 décembre 2016
- Décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel
- Décret n° 2017-880 du 9 mai 2017 autorisant les traitements de données à caractère personnel destinés à la mise en œuvre de l'allocation personnalisée d'autonomie et de l'aide sociale à l'hébergement

Les données enregistrées sont celles des formulaires et n'ont pas pour finalité une prise de décision automatisée. L'ensemble des données est obligatoire, tout défaut de réponse entraînera l'impossibilité de traiter votre dossier.

Les informations enregistrées sont destinées aux services instructeurs du Département et ne peuvent être communiquées, en cas de besoin nécessaire à l'instruction de votre situation, qu'aux destinataires dûment habilités et intervenant strictement dans le cadre de votre dossier, à savoir, en fonction de leurs missions :

- Les centres communaux d'action sociale (CCAS)
- Les organismes de retraite
- Les centres locaux d'information et de coordination gériatrique (CLIC)
- Les maisons des solidarités départementales (MSD)
- Le cas échéant, le médecin traitant, sous réserve du consentement de la personne
- L'ensemble des destinataires prévus à l'article R 232-45 du code de l'action sociale et des familles
- Le cas échéant, le médecin traitant, sous réserve du consentement de la personne
- L'ensemble des destinataires prévus à l'article R 232-45 du code de l'action sociale et des familles

Les décisions sont notifiées à la personne ayant formulé la demande d'aide.

Les données enregistrées sont conservées conformément aux prescriptions des archives départementales et à l'article Art. R. 232-46 du code de l'action sociale et des familles.

Conformément aux articles 39 et suivants de la loi « informatique et libertés » du 06 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification aux informations qui vous concernent.

Vous pouvez également définir le sort de vos données après votre décès, en vous adressant, par voie postale, au Délégué à la Protection des Données – Département des Alpes-Maritimes – B.P. n° 3007 06201 Nice Cedex 3 ou par courriel à donnees_personnelles@departement06.fr.

Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant, sauf si ce droit a été écarté par une disposition législative.

Depuis l'entrée en vigueur du Règlement Européen sur la Protection des données (RÈGLEMENT (UE) 2016/679) le 25 mai 2018, tout usager a le droit

- de s'opposer au profilage
- de demander la limitation du traitement
- d'introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle (En France : CNIL : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07 - Téléphone : 01.53.73.22.22. www.cnil.fr)

RÉCUPÉRATION

L'APA ne fait l'objet d'aucun recours en récupération sur succession, donation ou legs (article L 232.19 du code de l'action sociale et des familles).

VÉRIFICATION DES DÉCLARATIONS

Pour vérifier les déclarations des intéressés et s'assurer de l'effectivité de l'aide qu'ils reçoivent, les services chargés de l'évaluation des droits à l'allocation personnalisée d'autonomie et du contrôle de son utilisation peuvent demander toutes les informations nécessaires aux administrations publiques, notamment aux administrations fiscales, aux collectivités territoriales, aux organismes de sécurité sociale et de retraite complémentaire qui sont tenus de les leur communiquer (L 232.16 du code de l'action sociale et des familles).

FRAUDE ET FAUSSES DÉCLARATIONS

Toute fraude, fausse déclaration ou falsification de document, tentative de percevoir frauduleusement des prestations au titre de l'aide sociale, expose à des sanctions pénales et financières prévues par les articles L 433.19, L 441.7, L 313.1, L 313.3, L 313.7 et L 313.8 du code pénal (article L 133.6 du code de l'action sociale et des familles).

La décision relative à votre demande d'allocation personnalisée d'autonomie pourra éventuellement être transmise à votre caisse de retraite afin de faciliter la prise en charge de votre maintien à domicile.

Je soussigné(e), agissant en mon nom propre ou en qualité de représentant légal du demandeur, certifie avoir pris connaissance des dispositions réglementaires concernant l'APA, et certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements déclarés sur la présente demande.

Demande déposée le :

**Signature du demandeur
ou de son représentant légal :**

**DOSSIER À RENVoyer
À L'ADRESSE SUIVANTE :**



**DÉPARTEMENT
DES ALPES-MARITIMES**

DIRECTION DE L'AUTONOMIE ET DU HANDICAP

SERVICE DES POLITIQUES DE L'AUTONOMIE

SECTEUR DE L'APA À DOMICILE

B.P. 3007 - 06201 NICE CEDEX 3

Où se renseigner et retirer votre **dossier** d'APA ?

Dans les Maisons des solidarités départementales du Conseil départemental

- **ANTIBES** • “Le Rond-Point” • B • 3, avenue du Grand Cavalier
- **CAGNES-SUR-MER** • 53, avenue du Val Fleuri
- **CANNES-EST** • 11, boulevard Oxford
- **CANNES-OUEST** • Palace Center • Bât. 1 • Z.I. Les Tourrades
- **LE CANNET** • “Les Dryades” • 53, boulevard de la République
- **GRASSE-NORD** • “L'Émeraude” • 54, chemin des Capucins • Bât. B
- **GRASSE-SUD** • “Grasse 2000” • 229, route de Cannes • Le Plan de Grasse
- **MENTON** • Maison du Département • 4, rue Victor Hugo
- **NICE-L'ARIANE** • “Le Petit Palais” • 1, square Constantin de Châteauneuf
- **NICE-CENTRE** • 37, avenue Maréchal Foch
- **NICE-CESSOLE** • 144, boulevard de Cessole
- **NICE-MAGNAN** • 173-175, rue de France
- **NICE-OUEST** • 27, boulevard Paul Montel • Bât. Ariane
- **“LYAUTEY”** • 21, avenue Maréchal Lyautey
- **NICE-PORT** • “Le Castel Richelmi” • 46, boulevard de Riquier
- **SAINT-ANDRÉ-DE-LA-ROCHE** • “L'Adriana” • 15, boulevard du 8 mai 1945
- **SAINT-LAURENT-DU-VAR** • 341, avenue Général Leclerc
- **VALLAURIS** • “Le Suffren” • 5, rue du Docteur Senes
- **LES VALLÉES** • Maison du Département • 368, avenue Porte des Alpes • RD 6202 • Plan-du-Var


ALLO
SENIORS 06

 **N° Vert 0 800 74 06 06**

APPEL GRATUIT DEPUIS UN POSTE FIXE

www.departemento6.fr



DÉPARTEMENT
DES ALPES-MARITIMES