



*Direction Générale des Services Départementaux
Direction des Solidarités et Réussite
Politique Sociale Personnes Agées - Personnes Handicapées*

**DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE
(APA)**

NOM :

PRENOM :

COMMUNE :

DELEGATION TERRITORIALE :

Partie réservée à l'administration

Date de complétude du dossier

N° DOSSIER _ _ _ _ _

DEMANDE APA V4.2 2017

PIECES A JOINDRE A VOTRE DOSSIER

DOSSIER APA (Allocation personnalisée d'autonomie)

1. le document ci-après **renseigné dans toutes les rubriques et signé obligatoirement par la personne âgée ou son représentant légal, en dernière page,**
2. la photocopie du livret de famille ou de la carte nationale d'identité ou d'un passeport de la Communauté européenne ou un extrait d'acte de naissance, **pour la personne âgée et son conjoint.**
3. si vous êtes de nationalité étrangère, la photocopie de la carte de résidence, du titre de séjour en cours de validité,
4. si vous êtes sous mesure de protection, la photocopie du jugement,
5. la photocopie recto-verso du dernier avis d'imposition ou de non-imposition à l'impôt sur le revenu en votre possession et, le cas échéant, celle du concubin ou pacsé,
6. toutes pièces justificatives 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.....),
7. la photocopie de votre Carte Vitale ou des justificatifs de vos droits actifs à un régime de Sécurité Sociale étranger,
8. un relevé d'identité bancaire ou postal,
9. le questionnaire concernant le proche aidant (facultatif),

DOSSIER CMI (Carte mobilité inclusion)

Dans le cadre d'une demande d'APA, vous pouvez déposer une première demande ou un renouvellement de CMI et fournir les documents suivants :

10. le formulaire de demande de Carte Mobilité Inclusion (CMI)
11. le certificat médical à remplir par le médecin traitant
12. dans le cadre d'un renouvellement, la photocopie des cartes déjà attribuées

Attention :

Vous pouvez déposer un dossier APA (pièces 1 à 9) sans faire de demande de CMI.

Par contre, vous ne pouvez pas déposer un dossier de CMI sans faire une demande d'APA.

Si vous ne souhaitez pas remplir de dossier APA, vous devez vous adresser à la MDPH, 55 avenue Charles de Gaulle, 08000 CHARLEVILLE MEZIERES, qui vous transmettra le formulaire à remplir.

ETAT CIVIL DU DEMANDEUR		
NOM MARITAL	Prénom (s)	
Nom de naissance	Etes-vous retraité ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Date et lieu de naissance	Caisse de retraite principale.....	
Nationalité	Date d'arrivée en France (pour les étrangers)	
<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié (e)	<input type="checkbox"/> Concubin <input type="checkbox"/> Divorcé (e) ou <input type="checkbox"/> Séparé	<input type="checkbox"/> PACS <input type="checkbox"/> Veuf (ve)
Téléphone obligatoire : Fixe : et/ou Portable :		
Adresse mail :		
Faites vous l'objet d'une mesure de : <input type="checkbox"/> Sauvegarde de Justice <input type="checkbox"/> Curatelle <input type="checkbox"/> Tutelle Indiquer le nom et l'adresse du tuteur ou de l'association mandataire judiciaire :		
ETAT CIVIL DU CONJOINT/CONCUBIN/PACSE		
NOM MARITAL	Prénom (s)	
Nom de naissance	Est-il retraité ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Date et lieu de naissance	Caisse de retraite principale.....	
Nationalité	Date d'arrivée en France (pour les étrangers)	
Lieu de résidence du conjoint <input type="checkbox"/> Même adresse <input type="checkbox"/> Structure d'hébergement (Préciser l'adresse) : <input type="checkbox"/> Autre, précisez.....		
AUTRES COORDONNEES		
Personne à contacter pour l'instruction de la demande d'APA :		
M.....		
Adresse :		
Téléphone (Obligatoire) : Adresse mail :		
Lien avec le demandeur :		
Médecin traitant :		
Nom.....		
Numéro de téléphone.....		

ADRESSE ACTUELLE (nécessaire pour votre évaluation)

Etes-vous : Propriétaire Locataire

N° et nom de la voie (ou non du lieu-dit)

Résidence :Bât : Etage :

Code Postal : Commune :

Cette adresse correspond-elle à votre domicile personnel : Oui Non

Si cette adresse n'est pas votre domicile personnel, correspond-elle à :

Un hébergement chez un proche

Un établissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD)

Une résidence autonomie (Foyer Logement) ou petite unité de vie

Un hébergement de type accueil familial

Autre :

Depuis quand ?

Dans ce cas quelle était votre adresse antérieure ?

N° et nom de la voie (ou non du lieu-dit)

Résidence :Bât : Etage :

Code Postal : Commune :

AUTRES PRESTATIONS

Avez-vous un dossier MDPH : OUI NON EN COURS

Bénéficiez-vous d'un service de soins infirmiers à domicile ? OUI NON

Si OUI, quel organisme ?

Bénéficiez-vous des prestations suivantes non cumulables avec l'APA :

➤ d'une Majoration pour aide constante d'une Tierce Personne (MTP) ou Prestation de Compensation pour Recours à Tierce Personne (PC RTP) au titre d'une pension d'invalidité de 3^{ème} catégorie versée par votre organisme de Sécurité Sociale ? OUI NON

➤ de l'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP) ? OUI NON

➤ de la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) ? OUI NON

➤ de l'Aide Ménagère au titre de l'Aide Sociale du Conseil départemental ? OUI NON

➤ de l'Aide Ménagère versée par une caisse de retraite ou une mutuelle complémentaire ? OUI NON

Si OUI, quel organisme assure cette prestation ?

DECLARATION DE PATRIMOINE DU FOYER (Rayer les mentions inutiles)
Conformément au décret 2016-210 du 26 février 2016

REVENUS SOUMIS AU PRELEVEMENT LIBERATOIRE
(en application des articles 125-0A et 125 D du code général des impôts)
ET NE FIGURANT PAS DANS L'AVIS D'IMPOSITION

Montant

PATRIMOINE DORMANT

(biens mobiliers et immobiliers ni exploités ni placés sauf résidence principale)

BIENS IMMOBILIERS NON LOUES

Nature du bien

Valeur locative (cf taxe foncière)

Adresse / situation cadastrale

BIENS MOBILIERS

Nature du bien

Valeur locative

Adresse

CAPITAUX NON PLACES et ASSURANCE VIE

Contrats

Montants

Cette déclaration constitue une déclaration sur l'honneur pour faire et valoir ce que de droit.

ATTESTATION SUR L'HONNEUR (obligatoire)

Je soussigné(e), agissant en mon nom propre ou en ma qualité de représentant légal du demandeur :

- Atteste avoir pris connaissance, au regard de ma demande, de mes droits et obligations rappelés ci-dessous.
- Autorise, en cas de rejet de l'APA, la transmission des éléments de décision par le Conseil départemental à ma caisse de retraite principale.
- Autorise et accorde, conformément au décret n°2016-994 du 20 juillet 2016, la transmission des informations recueillies dans le cadre de la présente demande aux professionnels qui sont habilités par ce même décret à échanger des informations participant à ma prise en charge.
- Certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus qui sont fournis dans le cadre de cette demande.

Fait à

le

Signature du bénéficiaire et/ou de son
Représentant

INFORMATIONS REGLEMENTAIRES

Fraude : Quiconque aura frauduleusement bénéficié ou tenté de bénéficier de l'aide sociale, sera puni des peines prévues aux articles 313-1, 313-7 et 313-8 du Code Pénal.

Action en justice : L'article L232-25 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) prévoit que l'action du bénéficiaire pour le versement de l'allocation personnalisée d'autonomie se prescrit par deux ans.

Ledit bénéficiaire doit apporter la preuve de l'effectivité de l'aide qu'il a reçue ou des frais qu'il a dû acquitter pour que son action soit recevable.

Non-récupération sur succession : L'article L232-24 du CASF stipule que l'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie n'est pas subordonnée à la récupération sur succession.

Cependant, les sommes indûment perçues, ou sur la base d'une déclaration erronée, pourront faire l'objet d'une récupération, y compris après le décès du bénéficiaire, par le biais de la procédure de répétition d'indu.

Accès aux données personnelles : Les informations recueillies dans le cadre de la présente demande font l'objet d'un traitement informatique afin d'en permettre l'instruction. Ce traitement de données est soumis aux dispositions de la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978, modifiée en 2004, qui protège les droits et libertés individuels.

Conformément à cette loi, les personnes auprès desquelles sont recueillies des informations nominatives sont informées que :

- Les destinataires des informations collectées sont exclusivement les administrations et organismes habilités à connaître des dossiers d'aide à domicile ou en établissement ;
- En tout état de cause, les personnes concernées ont un droit d'accès et de rectification des informations nominatives stockées ou traitées informatiquement. Elles peuvent également pour des motifs légitimes s'opposer au traitement de leurs données personnelles.

Pour l'exercice de ce droit, il convient de vous adresser, en justifiant de votre identité, au Correspondant « Informatique et Libertés » à l'adresse ci-dessous mentionnée.