

**DEMANDE
D'ALLOCATION PERSONNALISEE d'AUTONOMIE (A.P.A.)**

A retourner au **CONSEIL DEPARTEMENTAL DE L'ARIEGE**
Direction Adjointe de l'Autonomie - Pôle Instruction
Hôtel du Département - BP 60023 - 09001 FOIX CEDEX
☎ 05.61.02.09.09

IDENTITE DU DEMANDEUR

RUBRIQUES	FOYER	
	DEMANDEUR	CONJOINT ou PERSONNE VIVANT MARITALEMENT *
NOM DE NAISSANCE		
NOM D' USAGE		
PRENOMS		
DATE DE NAISSANCE		
LIEU DE NAISSANCE		
N° SECURITE SOCIALE		
NATIONALITE (F / UE / AUTRES)		
NUMERO DE TELEPHONE		
ADRESSE MAIL		
ADRESSE <small>(préciser le nom du bâtiment, et/ou n° d'appartement, lieu-dit ou toute information utile)</small>		

* concubin ou personne avec laquelle le demandeur a conclu un pacte civil de solidarité (PACS)

COORDONNEES DE LA PERSONNE REFERENTE

à contacter pour la visite d'évaluation à domicile ou en cas d'urgence

Nom – Prénom :

Adresse :

.....

Téléphone fixe :Téléphone portable :

Adresse mail :

Lien avec le demandeur :

SITUATION FAMILIALE

- CELIBATAIRE MARIE(E) VIVANT MARITALEMENT
 TITULAIRE D'UN PACS DIVORCE(E) VEUF(VE) depuis le

LIEU DE RESIDENCE du conjoint ou de la personne vivant maritalement *si différent du demandeur*

Préciser l'adresse ETABLISSEMENT :

AUTRE :

ADRESSE ACTUELLE

DOMICILE PERSONNEL Depuis quelle date y demeurez-vous ?

(si moins de 3 mois remplissez la rubrique **Adresse précédente**)

- PROPRIETAIRE LOCATAIRE COLOCATAIRE
 LOGE A TITRE GRACIEUX USUFRUITIER

S'AGIT-IL

- RESIDENCE PRINCIPALE FOYER POUR PERSONNES AGEES (FOYER LOGEMENT)
 FAMILLE D'ACCUEIL AGREEE AUTRE DOMICILE (enfants, centre pénitentiaire...)
 EHPAD

ADRESSE PRECEDENTE

Ne remplir que si l'intéressé(e) réside en Ariège depuis moins de 3 mois, ou en foyer pour personnes âgées ou en famille d'accueil agréée

N° - RUE :

CODE POSTAL – COMMUNE :

Date d'arrivée à ce domicile : Date de départ de ce domicile :

Précisez s'il s'agissait :

- Famille d'accueil agréée (loi du 10/07/89) Foyer logement
 Domicile personnel Autres (à préciser) :

CAISSE DE RETRAITE ET TRANSMISSION DU DOSSIER

Nom de l'organisme de retraite principale * (CARSAT - CARMi - MSA - SNCF – RSI, etc.) :

En cas de rejet de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (GIR 5 ou 6), j'autorise le Conseil Départemental à transmettre le dossier à ma caisse de retraite Oui Non

PROTECTION JURIDIQUE

Faites-vous l'objet d'une protection juridique ? Oui Non En cours

Si oui Sauvegarde de justice Tutelle Curatelle Mandat de protection future

Indiquer **le nom et l'adresse** du tuteur ou de l'association :

(Joindre une copie du jugement)

ALLOCATIONS

Percevez-vous :

- l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) Oui Non
- la prestation de compensation du handicap (PCH)..... 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 à domicile par votre caisse de retraite Oui Non
- l'aide ménagère au titre de l'Aide Sociale Oui Non

Attention ! L'Allocation Personnalisée d'Autonomie n'est pas cumulable avec les prestations ci-dessus.

PATRIMOINE DORMANT

A renseigner pour le demandeur et, le cas échéant, son conjoint, son concubin ou la personne avec laquelle il a conclu un pacte civil de solidarité

BIENS IMMOBILIERS DU FOYER

Possédez-vous des biens immobiliers (**propriétaire, en usufruit ou en indivision**) ?

- **Demandeur** : Oui Non
- **Conjoint / Personne vivant maritalement** : Oui Non

NATURE DU BIEN (résidence principale/secondaire, verger, garage, terrain bâti/non bâti...)	ADRESSE	EXPLOITATION
		<input type="checkbox"/> occupé par :..... <input type="checkbox"/> non occupé <input type="checkbox"/> loué
		<input type="checkbox"/> occupé par :..... <input type="checkbox"/> non occupé <input type="checkbox"/> loué
		<input type="checkbox"/> occupé par :..... <input type="checkbox"/> non occupé <input type="checkbox"/> loué
		<input type="checkbox"/> occupé par :..... <input type="checkbox"/> non occupé <input type="checkbox"/> loué

BIENS MOBILIERS ET CAPITAUX NON PLACES DU FOYER

Bénéficiez-vous :

- de contrat(s) d'assurance vie ? (*derniers relevés à fournir*)
 - **Demandeur** : Oui Non
 - **Conjoint / Personne vivant maritalement** : Oui Non

AUTRES RESSOURCES

Bénéficiez-vous :

- d'une rente viagère à titre onéreux **pour vous prémunir contre le risque de perte d'autonomie** ?
Oui Non
- de concours financiers **versés par des descendants pour la prise en charge de la perte d'autonomie**
Oui Non

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e), agissant en mon nom propre / en ma qualité de représentant*

Mr / Mme*.....

certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus fournis dans le cadre d'une demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA).

DISPOSITIONS RELATIVES A LA LOI DU 6 JANVIER 1978

Les traitements relatifs à cette demande sont informatisés. Ils sont soumis aux dispositions de la loi *Informatique et libertés* du 6 janvier 1978, modifiée en 2004, qui protège les droits et libertés individuels.

Toute personne peut obtenir communication et, le cas échéant, rectification ou suppression des informations la concernant, en adressant un courrier au Conseil Départemental, à l'attention de Monsieur le Directeur de l'Autonomie.

Fait à..... le

Nom - Prénom et signature du demandeur ou de son représentant (précisez la qualité)

* *Rayer la mention inutile*

LISTE DES PIÈCES A FOURNIR

- photocopie du **livret de famille** ou de la **carte d'identité** ou du **passport de la communauté européenne** ou **un extrait de naissance** du demandeur
- Demandeur de nationalité étrangère : photocopie de la carte de séjour temporaire ou carte de séjour « compétences et talents » ou carte de séjour retraité ou de résident ou attestation de délivrance ou renouvellement du titre de séjour ou attestation de demande d'asile, ou attestation provisoire de séjour , ou récépissé de demande de titre de séjour avec mention éventuelle : « reconnu réfugié »
- photocopie intégrale du **dernier avis d'imposition ou de non imposition sur le revenu du FOYER** (en cas de décès du conjoint joindre les **deux situations partielles** avant et après veuvage)
- photocopie des pièces justificatives des biens ou capitaux relevant du patrimoine dormant du **FOYER** : **dernier relevé de la taxe foncière des propriétés bâties et non bâties, relevé(s) annuel(s) d'assurance vie ...En cas d'exonération**, joindre un relevé de propriétés à solliciter auprès de votre centre des impôts.
- Un **relevé d'identité bancaire ou postal du compte courant** au nom du demandeur ou du tuteur.
- Le certificat médical (facultatif)

Si vous êtes hébergé en établissement hors du département de l'Ariège, ajouter :

- Attestation de présence en établissement
- Grille AGGIR remplie par le médecin coordonnateur de l'établissement
- Arrêté de tarification
- Pour le versement direct de la prestation à l'établissement, courrier de demande et RIB de l'EHPAD

**Déclaration du ou des proches aidants dans le cadre d'une demande
d'Allocation Personnalisée d'Autonomie**

A remplir par le demandeur ou son référent et à joindre à la demande d'APA si l'usager le souhaite.

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 » pour l'attribution éventuelle d'aide au répit.

COORDONNEES DE LA OU DES PERSONNES AIDANTES

	Informations concernant votre 1 ^{er} aidant	Informations concernant votre 2 ^{ème} aidant
Nom Prénom		
Age		
Adresse		
Téléphone Fixe		
Téléphone portable		
Adresse E-mail (facultatif)		
Lien avec le demandeur		
Nature de l'aide apportée (1)		
Durée et périodicité de cette aide (2)		

1 :Nature de l'aide apportée (ex : accompagnement dans les déplacements à l'extérieur de votre domicile, courses...)

2 :Durée et périodicité approximatives de cette aide pour une journée, une semaine ou un mois (selon ce qui vous paraît le plus pertinent).

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e), agissant en mon nom propre / en ma qualité de représentant* de **Mr / Mme***.....certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus fournis dans le cadre d'une demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA).

DISPOSITIONS RELATIVES A LA LOI DU 6 JANVIER 1978

Les traitements relatifs à cette demande sont informatisés. Ils sont soumis aux dispositions de la loi *Informatique et libertés* du 6 janvier 1978, modifiée en 2004, qui protège les droits et libertés individuels. Toute personne peut obtenir communication et, le cas échéant, rectification ou suppression des informations la concernant, en adressant un courrier au Conseil Départemental, à l'attention de Monsieur le Directeur de l'Autonomie.

Fait àle.....

Nom - Prénom et signature du demandeur ou de son représentant (précisez la qualité)

* *Rayer la mention inutile*