

Dossier de demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)

S'agit-il d'une demande d'APA :

- à domicile
 en établissement
 en famille d'accueil

Attention imprimé à remplir au stylo bille noir

A RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DEMANDEUR

Demander Madame Monsieur Conjoint(e) Concubin(e) Pacsé(e)

NOM :	NOM :
Prénom :	Prénom :
Nom de jeune fille :	Nom de jeune fille :
Date de naissance :	Date de naissance :
Lieu de naissance :	Lieu de naissance :
Nationalité :	Nationalité :
Date d'arrivée en France :	Date d'arrivée en France :
N° sécurité sociale + clé :/.....	N° sécurité sociale + clé :/.....
Situation familiale :	Situation familiale :
Etes-vous retraité(e) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Etes-vous retraité(e) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, précisez votre régime de retraite principal :	Si oui, précisez votre régime de retraite principal :

Votre conjoint(e)/concubin(e)/pacsé(e) demeure à votre domicile à une autre adresse
 Précisez.....

Adresse actuelle Depuis le	N° et voie :
.....	Commune.....Code postal
.....	Canton.....

Adresse précédente (à renseigner pour les personnes résidant en Charente depuis moins de 3 mois)	Date d'arrivée :Date de départ :
	N° et voie :
	CommuneCode postal

Vous étiez :	<input type="checkbox"/> propriétaire <input type="checkbox"/> locataire <input type="checkbox"/> hébergé à titre gratuit <input type="checkbox"/> en viager <input type="checkbox"/> en famille d'accueil agréée <input type="checkbox"/> en établissement pour personnes âgées
--------------	---

N° téléphone	
--------------	--

Mentionner le cas échéant, l'existence d'une mesure de protection juridique

tutelle curatelle sauvegarde de justice

Nom et adresse du tuteur ou de l'association chargée de la mesure (joindre copie du jugement)

B

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES REVENUS ET PATRIMOINE DU DEMANDEUR

À renseigner par le demandeur, et le cas échéant, son conjoint, son concubin ou la personne avec laquelle il a conclu un PACS) :

L'appréciation des ressources permettant le calcul de votre participation s'effectuera principalement à partir de votre dernier avis d'imposition ou de non imposition à l'impôt sur le revenu, du relevé de la taxe foncière sur les propriétés bâties et non bâties et sur vos assurances-vie.

1) Patrimoine dormant

Assurance-vie

Avez-vous souscrit des contrats d'assurance-vie ? Oui Non

Si oui fournir les derniers relevés.

N° de contrat(s)

Organisme(s)

Montant(s)

Biens immobiliers

Possédez-vous des biens immobiliers ? Oui Non

Ne pas déclarer la résidence principale si celle-ci est occupée par le demandeur, son conjoint, son concubin ou la personne avec laquelle il a conclu un pacte civil de solidarité, ses enfants ou petits enfants.

Si oui, remplir le cadre ci-contre :

Nature ①	Adresse précise	Valeur estimée en € ②

Pièces à joindre : extrait de matrice cadastrale, taxe foncière, taxe d'habitation.

① Exemples : bâti et non bâti.

② Zone à compléter obligatoirement (indiquée dans le dernier relevé de la taxe foncière sur les propriétés bâties et non bâties)

Si nécessaire, veuillez joindre une liste complémentaire sur papier libre.

Biens mobiliers et capitaux non placés

Possédez-vous des biens mobiliers ? Oui Non

Si oui, précisez la nature et la valeur du bien (par exemple : oeuvre d'art...)

Nature	Valeur estimée en € ①

① 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.

Si nécessaire, veuillez joindre une liste complémentaire sur papier libre.

2) Ressources ne figurant pas dans l'avis d'imposition ou de non imposition à l'impôt sur le revenu

(à remplir uniquement par les personnes destinataires d'une attestation bancaire annuelle)

Avez-vous des revenus soumis au prélèvement libératoire en application de l'article 125 A et 125 D du Code général des impôts ? Oui Non

Si oui, montant à préciser pour le demandeur :

Montant à préciser pour son conjoint, son concubin ou la personne avec laquelle il a conclu un Pacte civil de solidarité (PACS) :

ATTENTION : les indicateurs ci-dessus sur votre patrimoine sont demandés uniquement pour évaluer vos ressources. L'APA n'est pas récupérable sur la succession du bénéficiaire ou sur une donation.

3) Allocations

Percevez-vous :		
Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Prestation de compensation du handicap (PCH)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Prestation complémentaire pour recours à tierce personne	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Aide-ménagère au titre de l'aide sociale départementale	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Aide-ménagère versée par les caisses de retraite	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Majoration pour aide constante d'une tierce personne (MTP)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Attention : aucune de ces prestations n'est cumulable avec l'allocation personnalisée d'autonomie.

C DEMANDE SIMPLIFIÉE D'UNE CARTE D'INVALIDITÉ ET D'UNE CARTE DE STATIONNEMENT

Dans le cadre de ce dossier APA, souhaitez-vous la délivrance d' :

- ▶ une carte d'invalidité prévue à l'article L. 241-3 du Code de l'action sociale et des familles (CASF) : Oui Non
- ▶ une carte de stationnement prévue à l'article L. 224-3-2 du CASF : Oui Non

D RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PROCHES

Coordonnées du médecin traitant du demandeur	
NOM et Prénom	
Adresse	N° et voie : Commune.....Code postal
N° de téléphone	
Adresse électronique@.....
Coordonnées de la personne référente à contacter pour la visite d'évaluation à domicile	
NOM et Prénom (lien)	
Adresse	Commune.....Code postal
N° de téléphone	

Si vous souhaitez que votre médecin traitant assiste à la visite, il vous appartient de le prévenir.

Informations sur les personnes résidant ou entretenant avec vous des liens étroits et stables, et qui vous viennent en aide de manière régulière et fréquente.

Nom et prénom de votre ou de vos aidants :

Âge(s) :

Lieu de résidence de votre ou de vos aidants :

Nature de votre lien avec votre ou vos aidants :

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

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

.....

.....

E TRANSMISSION D'INFORMATIONS

En cas de rejet de l'allocation personnalisée d'autonomie, autorisez-vous la transmission de votre dossier à votre caisse de retraite pour qu'il soit procédé à l'étude de vos droits au titre de l'aide ménagère ? Oui Non

Dans le cadre de la coordination gérontologique, les agents du département pourront être amenés à échanger et partager des informations pour améliorer votre accompagnement sauf refus explicite de votre part.

J'autorise la transmission d'information dans le cadre de la coordination gérontologique Oui Non

F DISPOSITIONS RELATIVES À LA LOI « INFORMATIQUE ET LIBERTÉS » DU 6 JANVIER 1978

Les renseignements portés sur ce formulaire font l'objet d'un traitement informatique. Ils sont donc soumis aux dispositions de la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 qui protègent les droits et libertés individuels. Conformément à l'article 27 de cette loi, les personnes auprès desquelles sont recueillies les informations nominatives sont informées que :

- 1 – Toutes les réponses aux différents questionnaires sont obligatoires. Un défaut de réponse entraînera des retards ou une impossibilité dans l'instruction du dossier ;
- 2 – Les destinataires des informations collectées sont exclusivement les administrations et organismes habilités à connaître des dossiers d'aide à domicile ou en établissement ;
- 3 – En tout état de cause, les personnes concernées ont un droit d'accès et de rectification des informations nominatives stockées et traitées informatiquement.

Pour l'exercice de ce droit, il convient de vous adresser, en justifiant de votre identité à : Monsieur le Président du Conseil départemental.

Je soussigné(e) M. , M^{me}
agissant en mon nom propre ou en qualité de représentant(e) légal(e) du demandeur,
certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus.
Fait à le

Signature

Conformément à l'article L. 232-16 du Code de l'action sociale et des familles, pour vérifier les déclarations des intéressés, les services chargés de l'évaluation des droits à l'allocation personnalisée d'autonomie 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.

Le fait de percevoir ou de tenter de percevoir frauduleusement des prestations au titre de l'aide sociale est puni des peines prévues par les articles 313-1, 313-7 et 313-8 du Code pénal (article L. 133-6 du Code de l'action sociale et des familles).

PIÈCES OBLIGATOIRES À JOINDRE AU DOSSIER DUMENT COMPLÉTÉ :

Le dossier ne sera déclaré complet qu'au vu des pièces justificatives suivantes à joindre à la demande :

- a) La photocopie du livret de famille ou de la carte nationale d'identité ou d'un passeport d'un Etat membre de l'Union européenne ou extrait d'acte de naissance ; ou la photocopie de la carte de résidence ou du titre de séjour ;
- b) La photocopie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition à l'impôt sur le revenu : pour une demande déposée entre janvier et août de l'année n, fournir l'avis d'imposition ou de non-imposition de l'année n-1 ; de septembre à décembre, celui de l'année n ;
- c) Le cas échéant, toute 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...) ;
- d) Un relevé d'identité bancaire ou postal.
- e) APA en établissement :
 - La proposition du niveau de perte d'autonomie du résident est une pièce obligatoire à remplir par l'équipe médico-sociale de l'établissement sous la responsabilité du médecin coordonnateur ou, à défaut, par un médecin conventionné par l'assurance maladie.
 - Arrêté de tarification de l'établissement : si le département du domicile de secours n'est pas le département où le demandeur réside, le directeur de l'établissement doit fournir l'arrêté de tarification.

PIÈCES COMPLÉMENTAIRES :

•APA en établissement :

Autorisation de versement de l'APA à l'établissement : le demandeur a la possibilité d'autoriser l'établissement à percevoir directement l'APA pour le paiement de son tarif dépendance. Dans ce cas, joindre l'imprimé disponible dans l'établissement.