

Nom du demandeur : .....

Prénom du demandeur : .....

## DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE A DOMICILE

*Référence juridique : Annexe 2-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles*

**Première demande**

**Demande de révision**

### PIÈCES OBLIGATOIRES A JOINDRE :

#### un dossier pour chaque personne demandant l'APA

- Le dossier de demande **complété et signé en page 7**
- En fonction de votre situation, les justificatifs ci-dessous dans leur totalité :
- Pour les personnes de nationalité française ou ressortissant de la Communauté européenne :

Une de ces  
pièces au  
choix

- Une photocopie du livret de famille
- Un extrait d'acte de naissance
- Une photocopie de la carte nationale d'identité
- Une photocopie du passeport de la Communauté Européenne

- Pour les personnes de nationalité, hors Communauté européenne :

Une de ces  
pièces au  
choix

- Une photocopie de la carte de résidence **en cours de validité**
- Une photocopie du titre de séjour **en cours de validité**
- Une photocopie du dernier avis d'imposition, ou de non-imposition, à l'impôt sur le revenu du demandeur, de son conjoint, son concubin ou son partenaire d'un PACS
- Une photocopie de toute pièce justificative de biens et capitaux relevant des biens d'épargne (relevé annuel des assurances vie, dernier avis d'imposition relatif à la taxe foncière sur les propriétés bâties et sur les propriétés non bâties,...) du demandeur, de son conjoint, son concubin ou son partenaire d'un PACS
- Une photocopie du jugement de mise sous protection judiciaire (tutelle, curatelle,...) le cas échéant
- Un relevé d'identité bancaire ou postal original **au nom du demandeur**

## Renseignements concernant le demandeur et son référent

### État civil du demandeur

NOM		Date de naissance	
NOM de naissance		N° de sécurité sociale	
Prénom (s)		Caisse de retraite	
Nationalité		Date de fin de validité de la carte de séjour	
célibataire		concubin (e)	
marié (e)		divorcé (e)	
		PACS	
		veuf (ve)	

### État civil du conjoint

NOM		Date de naissance	
NOM de naissance		N° de sécurité sociale	
Prénom (s)		Caisse de retraite	
Nationalité		Date de fin de validité de la carte de séjour	
Lieu de résidence du conjoint :                      même adresse :                      autre adresse :			
Adresse ( <i>Préciser le nom de la structure le cas échéant</i> ) :			

### Lieu de résidence principale du demandeur :

Êtes-vous :	locataire	propriétaire	usufruitier
<u>Adresse actuelle :</u>			
Résidence :	Bât :	Etage :	
N° et nom de la voie (ou nom du lieu-dit)			
Code Postal :	Commune :		
<b>Téléphone obligatoire :</b> Fixe :		et/ou Portable :	
Courriel :			
Précisez s'il s'agit :			
d'un domicile privé			
d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées ou foyer logement			
d'un hébergement de type accueil familial			
<u>Si vous avez déménagé depuis moins de trois mois ou si vous êtes actuellement en établissement :</u>			
Date d'arrivée / entrée :			
Adresse précédente :			
Code Postal :	Commune :		

## Mesure de protection

Mentionnez, le cas échéant, si vous faites l'objet d'une mesure de :

sauvegarde de justice          curatelle          tutelle          (Joindre le jugement)

Nom du représentant légal ou de l'association chargé(e) de la gestion des biens :

Adresse :

Code Postal :

Commune :

Téléphone :

Courriel :

## Référent

*(Personne pouvant être contactée dans le cadre de l'instruction du dossier et de l'évaluation de la situation. Les courriers envoyés au demandeur lui seront adressés en copie)*

Nom - Prénom :

Adresse :

Code Postal :

Commune :

Téléphone :

Courriel :

Qualité (ami, voisin... ) ou lien de parenté :

Souhaite être présent lors de la visite à domicile :

oui

non

## Entourage

### Proches aidants du demandeur

*(Personne qui apporte une aide régulière et fréquente, de manière non professionnelle, pour les actes et activités de la vie quotidienne)*

Aidant 1	NOM	Prénom	Age	Lien
adresse				
Aide apportée*				
Aidant 2	NOM	Prénom	Age	Lien
adresse				
Aide apportée*				
Aidant 3	NOM	Prénom	Age	Lien
adresse				
Aide apportée*				

\* Nature de l'aide apportée : déplacements extérieurs, courses, ménage, toilette...

### Professionnel(s) intervenant à votre domicile

*(médecin traitant, infirmière, assistant de service social, mandataire judiciaire, aide à domicile...)*

Nom - Profession	Nature de l'intervention

***Vous pouvez demander à votre médecin traitant d'être présent lors de l'évaluation qui sera réalisée par le travailleur médico-social à votre domicile.***

## Revenu(s) et patrimoine

### Le(s) revenu(s)

#### Percevez-vous actuellement de :

- |  |     |     |
|--|-----|-----|
| - la Prestation Complémentaire pour Recours à Tierce Personne (PC RTP) : | Oui | Non |
| - la Majoration pour aide constante d'une Tierce Personne (MTP) :        | Oui | Non |
| - l'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP) :               | Oui | Non |
| - la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) :                      | Oui | Non |
| - la prise en charge d'heures d'aide ménagère :                          | Oui | Non |

Si oui :                    par votre caisse de retraite  
                                   par l'aide sociale départementale

### **Aucune de ces prestations n'est cumulable avec l'APA**

#### Le patrimoine (du demandeur, de son conjoint, son concubin ou son partenaire d'un PACS)

déclare ne posséder aucun placement financier

déclare posséder les biens d'épargne suivants :

- Revenus soumis au prélèvement libératoire ne figurant pas dans l'avis d'imposition ou de non-imposition à l'impôt sur le revenu (obligations, titres participatifs, bons du trésor...) :

Oui                  Non                                  Montant du capital :

- Assurance vie :                  Oui                  Non                                  Montant du capital :

déclare ne posséder aucun patrimoine immobilier

déclare posséder les biens immobiliers suivants :

- |   |     |     |
|---|-----|-----|
| - résidence principale :                                  | Oui | Non |
| - autre(s) bien(s) immobilier(s) bâti(s) ou non bâti(s) : | Oui | Non |

*(tableau ci-dessous à compléter - voir page de garde pour les justificatifs à joindre)*

	Nature du bien *	Adresse	Valeur locative
1			
2			
3			

*\* Ne pas mentionner dans le tableau la résidence principale si celle-ci est occupée par le demandeur, son conjoint, son concubin ou la personne avec laquelle il a conclu un PACS, ses enfants ou petits-enfants.*

*Les capitaux placés y compris ceux exonérés d'impôts (livret A, livret de développement durable, plan épargne logement, plan d'épargne en actions...) n'ont pas à être déclarés.*

## Demande simplifiée d'une carte mobilité inclusion (CMI)

*En fonction du GIR évalué, le Conseil Départemental pourra instruire une demande de carte mobilité inclusion (CMI) en votre faveur*

Souhaitez-vous bénéficier de la carte mobilité inclusion comportant la **mention** :

« **invalidité** » (GIR 1 ou 2) : Oui          Non

« **priorité** » (GIR 3 ou 4) : Oui          Non

« **stationnement pour personnes handicapées** » (GIR 1 à 4) : Oui          Non

Bénéficiez-vous déjà d'une :

« **carte d'invalidité** » : Oui Non Date d'expiration :

« **carte de priorité** » : Oui Non Date d'expiration :

« **carte de stationnement pour personnes handicapées** » :

Oui Non Date d'expiration :

*NB : si vous bénéficiez d'une ancienne carte en cours de validité, celle-ci reste valable sur sa période de validité et au plus tard jusqu'au 31/12/2026 ; dans ce cas, la demande de CMI pourra être déposée 6 mois avant la fin de validité de cette carte.*

En cas de révision, merci de préciser le motif de votre demande

## **DISPOSITIONS RÉGLEMENTAIRES** **Informatique et libertés**

En application du Règlement européen sur la protection des données (UE 2016/679) du 27 avril 2016 et de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée (dite « loi informatique et libertés »), vous trouverez les informations suivantes.

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 (APA) à domicile. Cette allocation s'inscrit dans le cadre du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) (et notamment ses articles L.232-1 et suivants et R.232-1 et suivants), du Code de la Santé Publique (et notamment ses articles R.1110-1 et suivants et R.1111-1 et suivants) et du Règlement départemental d'aide sociale.

Les données et catégories de données enregistrées sont celles énumérées à l'article R. 232-41 et à l'annexe 2-3 du CASF et qui figurent dans les formulaires liés à la demande d'APA. Les données n'ont pas pour finalité une prise de décision automatisée et sont indispensables au traitement de votre dossier.

Les articles R. 232-44 et R. 232-45 du CASF fixent la liste des catégories de personnes pouvant accéder aux données collectées ou pouvant être destinataires de ces informations.

Les décisions sont notifiées à la personne ayant formulé la demande d'aide ou le cas échéant au référent familial qui a été désigné.

Les données enregistrées sont conservées conformément aux prescriptions des archives départementales et de l'article R. 232-46 du CASF.

Conformément aux articles 39 et suivants de la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification aux informations qui vous concernent, ainsi que la possibilité de définir le sort de vos données après votre décès, en vous adressant, au :

Délégué à la protection des données – MEOP  
53bis rue de la Préfecture  
21035 DIJON Cedex  
[dpd@cotedor.fr](mailto:dpd@cotedor.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, et introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL 3, place Fontenoy – TSA 80715 – 75334 Paris cedex - [www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)).

- L'allocation personnalisée d'autonomie ne fait l'objet d'aucun recours en récupération sur succession, donation ou legs (article L. 232.19 du CASF).

### **Fraude et fausse déclaration**

- 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.

Je soussigné(e), (*nom, prénom*).....agissant :

en mon nom propre,  
en tant que représentant légal du demandeur,

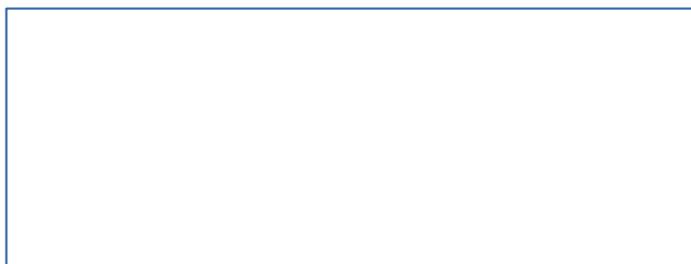
certifie

- avoir pris connaissance des dispositions du présent document et certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant au présent dossier.
- être informé que Monsieur le Président du Conseil Départemental est autorisé à transmettre le dossier aux caisses de retraites (en cas de rejet de l'allocation personnalisée d'autonomie),
- autoriser le Conseil Départemental de la Côte-d'Or à transmettre à l'ensemble des partenaires médico-sociaux figurant au plan d'aide (service d'aide à domicile, cabinet infirmier...) toute information concernant mes droits éventuels à l'APA (date d'effet du plan d'aide, GIR, nombre d'heures accordées...),

Fait à .....

Le .....

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



**Ce dossier doit être :**

- **complété dans sa totalité et signé**
- **retourné par courriel ou voie postale à l'une des adresses ci-dessous, avec les pièces justificatives relatives à votre situation**

Conseil Départemental de la Côte-d'Or  
Pôle Solidarités – Direction de l'Accompagnement à l'Autonomie  
Service Soutien et Maintien à Domicile Côte-d'or  
1 rue Joseph Tissot – CS 13501  
**21035 DIJON CEDEX**  
courriel : [apa.maia.dijon@cotedor.fr](mailto:apa.maia.dijon@cotedor.fr)  
Téléphone : 03 80 63 62 48

Conseil Départemental de la Côte-d'Or  
Pôle Solidarités – Direction de l'Accompagnement à l'Autonomie  
Service Soutien et Maintien à Domicile Côte-d'or  
17 avenue du Mail  
**21240 TALANT**  
courriel : [apa.maia.agglo@cotedor.fr](mailto:apa.maia.agglo@cotedor.fr)  
Téléphone : 03 80 63 62 41

Conseil Départemental de la Côte-d'Or  
Pôle Solidarités – Direction de l'Accompagnement à l'Autonomie  
Service Soutien et Maintien à Domicile Côte-d'or  
12 rue Charles Jaffelin  
**21200 BEAUNE**  
courriel : [apa.maia.beaune@cotedor.fr](mailto:apa.maia.beaune@cotedor.fr)  
Téléphone : 03 80 63 33 50

Conseil Départemental de la Côte-d'Or  
Pôle Solidarités – Direction de l'Accompagnement à l'Autonomie  
Service Soutien et Maintien à Domicile Côte-d'or  
28 rue des Lilas  
**21110 GENLIS**  
courriel : [apa.maia.genlis@cotedor.fr](mailto:apa.maia.genlis@cotedor.fr)  
Téléphone : 03 80 10 06 73

Conseil Départemental de la Côte-d'Or  
Pôle Solidarités – Direction de l'Accompagnement à l'Autonomie  
Service Soutien et Maintien à Domicile Côte-d'or  
35 rue d'Abrantès  
**21500 MONTBARD**  
courriel : [apa.maia.montbard@cotedor.fr](mailto:apa.maia.montbard@cotedor.fr)  
Téléphone : 03 80 63 35 03