

## CONSEIL DEPARTEMENTAL DE LA DORDOGNE

DGA la SOLIDARITE et de la PREVENTION

Cité Administrative Bugeaud CS 70010 – 24016 PERIGUEUX Cedex  
Tél. 05.53 02 27 27

### DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE

Cocher la case correspondante :

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> A DOMICILE         | <input type="checkbox"/> EN FAMILLE D'ACCUEIL      |
| <input type="checkbox"/> EN ETABLISSEMENT * | <input type="checkbox"/> EN RESIDENCE AUTONOMIE ** |

\* Etablissement (EHPAD, Maison de retraite) / \*\*Résidence autonomie (RPA, Foyer logement, MARPA...)

NOM : .....

PRENOMS : .....

COMMUNE : .....

CANTON : .....

(cadre réservé à l'administration)

DOSSIER N° :

**A – RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DEMANDEUR**

|   |                      | DEMANDEUR  | CONJOINT, CONCUBIN OU PACS                                |
|---|----------------------|--|---|
| NOM   |                      |  |   |
| PRENOMS   |                      |  |   |
| DATE ET LIEU DE NAISSANCE   |                      |  |   |
| NATIONALITE   |                      |  |   |
| SITUATION DE FAMILLE (célibataire, marié(e), divorcé(e), veuf(ve), concubin(e), PACS)   |                      |  |   |
| N° de Sécurité Sociale  | Numéro               | ..... / .....  | ..... / .....   |
|   | Caisse d'affiliation |  |   |
| Êtes-vous en activité ?<br>Si oui, préciser votre profession.   |                      | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON                                | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| Êtes-vous retraité(e) ?<br>Si oui, préciser le régime de retraite principal et l'adresse de votre caisse (joindre un justificatif).   |                      | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON                                | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| ■ Le demandeur fait-il l'objet d'une mesure de protection juridique ?<br><input type="checkbox"/> sauvegarde de justice <input type="checkbox"/> curatelle <input type="checkbox"/> tutelle |                      | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON<br>(joindre copie du jugement) |   |
| Nom et adresse de l'organisme chargé de la gestion des biens ou du mandataire :   |                      | Téléphone :<br>Courriel :  |   |

| ADRESSE ACTUELLE DU DEMANDEUR<br>(domicile, établissement, famille d'accueil ou résidence autonomie) |                               |              |             |
|--|-------------------------------|--------------|-------------|
| DATE D'ARRIVEE   | N°, ETAGE ET VOIE OU LIEU DIT | COMMUNE      | CODE POSTAL |
|  |                               |              |             |
| ■ Veuillez préciser vos coordonnées téléphoniques :  |                               | ⇒ Domicile : |             |
|  |                               | ⇒ Portable : |             |

| ADRESSE PRECEDENTE<br>Du dernier domicile occupé pendant une durée d'au moins trois mois, hors structure ou famille d'accueil<br>(à remplir <u>uniquement</u> si le demandeur est actuellement en établissement, en famille d'accueil, en résidence autonomie ou s'il réside à l'adresse actuelle depuis moins de trois mois) |             |                        |                        |             |
|---|-------------|------------------------|------------------------|-------------|
| DATE D'ARRIVEE  | DATE DEPART | N° ET VOIE OU LIEU DIT | CODE POSTAL ET COMMUNE | DEPARTEMENT |
|   |             |                        |                        |             |

| RENSEIGNEMENTS RELATIFS A L'HABITATION PRINCIPALE                                |   |
|--|---|
| L'intéressé(e) est-il :  |   |
| <input type="checkbox"/> PROPRIETAIRE ?  | <input type="checkbox"/> LOCATAIRE ? <input type="checkbox"/> LOGE GRATUITEMENT ? Préciser à quel titre : ..... |
| <input type="checkbox"/> USUFRUITIER ?   | ⇒ <input type="checkbox"/> suite donation ou vente de biens (joindre copie intégrale des actes notariés)        |
| Préciser à quel titre :    ⇒ <input type="checkbox"/> suite au décès du conjoint |   |
| L'habitation principale est occupée par :  |   |
| L'INTERESSE(E) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON         | SON CONJOINT, CONCUBIN OU PACS <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON                        |
| SES ENFANTS <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON            | SES PETITS ENFANTS <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON                                    |

|   |                   |
|---|-------------------|
| ■ Coordonnées de la personne référente à contacter pour la visite d'évaluation à domicile ou en cas d'urgence<br>(enfant, parent, autre...) : |                   |
| Nom et adresse :  | N° de téléphone : |
|   | ⇒ N° domicile :   |
|   | ⇒ N° portable :   |
|   | ⇒ Courriel :      |

**B – ELEMENTS DECLARATIFS CONCERNANT LES REVENUS ET LE PATRIMOINE**

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

**RESSOURCES ANNUELLES**

Montants des revenus mentionnés sur le dernier avis d'imposition

(joindre le ou les avis d'imposition, de non imposition ou de l'avis de situation déclarative à l'impôt sur le revenu)

|                          |  |
|--------------------------|--|
| DEMANDEUR                |  |
| CONJOINT, CONCUBIN, PACS |  |

**PATRIMOINE DU FOYER****■ BIENS MOBILIERS ET CAPITAUX NON PLACES :**

Votre foyer a-t-il des contrats d'assurance vie ? (si oui, joindre relevé annuel)  OUI  NON

Remplir l'attestation en annexe relative aux ressources ne figurant pas dans l'avis d'imposition ou de non imposition, pour les revenus soumis au prélèvement libératoire en application de l'article 125-0 A du code général des impôts, et pour les contrats d'assurance-vie.

**■ BIENS IMMOBILIERS :**

Votre foyer détient-il des biens, dans le département ou hors département, en dehors de la résidence principale si celle-ci est occupée par le demandeur, son conjoint, son concubin, PACS, ses enfants ou petits-enfants ?  OUI  NON  
(si oui, remplir le tableau ci-dessous)

| ADRESSES<br>(joindre la copie du dernier avis de taxes foncières ou du relevé de matrice cadastrale mise à jour) | DESIGNATION<br>(maison, appartement, terrain non bâti, bois) |
|--|--|
|  |  |
|  |  |
|  |  |

N.B : Préciser s'il s'agit de bien en pleine propriété, en nue-propriété ou en indivision

**■ Avez-vous consenti une donation ou une vente de biens ? :**

(joindre copie intégrale des actes)  OUI  NON

**ALLOCATIONS****■ Bénéficiez-vous actuellement de:**

- 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'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) ?  OUI  NON
- la prestation de compensation du handicap (PCH) ?  OUI  NON
- l'aide ménagère versée par les caisses de retraite ?  OUI  NON
- l'aide ménagère au titre de l'aide sociale départementale ?  OUI  NON

(joindre une copie de l'accord dans le cas d'une réponse positive)



**Attention** : aucune de ces prestations n'est cumulable avec l'Allocation Personnalisée d'Autonomie.

**■ AUTORISATION :**

En cas de rejet d'APA, le Conseil Départemental adressera votre dossier à votre caisse de retraite pour une aide éventuelle. Si refus, cochez ici

**C – DEMANDE SIMPLIFIEE D'UNE CARTE DE MOBILITE INCLUSION (CMI)**

Si l'APA vous est accordée au titre du **GIR 1 ou 2**, vous pouvez bénéficier sans autre condition et à titre définitif de la CMI comportant les mentions « invalidité » et « stationnement pour personnes handicapées ».

■ Souhaitez-vous bénéficier de la carte mobilité inclusion comportant la mention « invalidité » prévue à l'article L.241-3 ?  OUI  NON

■ Souhaitez-vous bénéficier de la carte mobilité inclusion comportant la mention « stationnement pour personnes handicapées » prévue à l'article L.241-3 ?  OUI  NON

Si toutefois l'évaluation n'aboutit pas à un GIR 1 ou 2, l'attribution de la CMI relève de la compétence de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH).

**D – RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PROCHES AIDANTS DU DEMANDEUR (facultatif)**

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. Son remplissage est facultatif.

|   | Aidant 1 | Aidant 2 |
|---|----------|----------|
| Nom et prénom de l'aidant   |          |          |
| Date de naissance de l'aidant   |          |          |
| Adresse de l'aidant   |          |          |
| Qualité de l'aidant<br>(conjoint, enfant, voisin etc.)  |          |          |
| Nature de l'aide apportée<br>(par exemple : accompagnement dans les déplacements à l'extérieur de votre domicile, courses etc.)         |          |          |
| Durée et périodicité approximatives de cette aide pour une journée, une semaine ou un mois (selon ce qui vous paraît le plus pertinent) |          |          |

■ Coordonnées du médecin traitant :

⇒ Nom et adresse

⇒ N° de téléphone :



Peuvent faire l'objet de poursuites pénales, les auteurs :

- de fausses déclarations ou déclarations volontairement incomplètes dans les circonstances définies à l'article 441-6 du Code Pénal ;
- de faits constitutifs d'escroquerie, tels qu'incriminés aux articles 313-1 et 313-2 du Code Pénal.

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

Certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus.

A.....le..... signature du demandeur (**obligatoire**)

# IMPORTANT

Liste des pièces à joindre au dossier de demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie.

## ■ Joindre obligatoirement :

- Une copie de l'attestation d'assuré social.
- Une photocopie du livret de famille (pour les personnes mariées, veuves ou divorcées) ; du passeport ou de la carte d'identité (pour les personnes célibataires), ou un extrait d'acte de naissance.
- Une photocopie (recto et verso) de la carte de résidence ou du titre de séjour exigé pour résider régulièrement en France pour les personnes de nationalité étrangère hors communauté européenne.
- Une photocopie du dernier avis d'imposition, de non-imposition sur le revenu ou de l'avis de situation déclarative à l'impôt sur le revenu (ASDIR) du demandeur et du conjoint, du concubin ou PACS.
- 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 pour les biens détenus sur le département ou hors département, et des relevés annuels d'assurance vie.
- L'attestation relative aux biens mobiliers et d'épargne soumis à prélèvement libératoire, et aux contrats d'assurance-vie
- Un bulletin de situation, en cas d'hospitalisation.
- Un relevé d'identité bancaire personnel indispensable pour le paiement de la prestation.
- L'exemplaire informations « mentions légales » à compléter.

## ■ Et le cas échéant :

- La photocopie intégrale des actes de donation, donation-partage et vente.
- La photocopie du jugement de tutelle ou de curatelle.
- La photocopie du dernier titre de versement de la majoration pour aide constante d'une tierce personne (MTP), de la prestation complémentaire pour recours à tierce personne (PCRTP), ou de l'accord de tout autre organisme accordant une allocation.
- La photocopie d'un justificatif de la caisse de retraite principale indiquant ses coordonnées (relevé annuel par exemple).

*N.B. : le défaut de fourniture d'une pièce pourrait entraîner un retard préjudiciable au demandeur non imputable à l'autorité administrative.*

Toutes les rubriques du dossier doivent obligatoirement être remplies scrupuleusement.

En effet, une ou plusieurs pièces manquantes, ou une rubrique du dossier non complétée ou simplement barrée ne permettront pas de déclarer le dossier complet.