



**APA:**  
ALLOCATION  
PERSONNALISÉE  
D'AUTONOMIE

# ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE (APA) À DOMICILE

Dossier de demande

[www.doubs.fr](http://www.doubs.fr)

## Dossier de demande

NOM

PRÉNOM : .....

Commune du domicile : .....

Téléphone (*obligatoire*) : .....

Cadre réservé à l'administration

N° dossier :	Date dépôt :	Date de dossier complet :
--------------	--------------	---------------------------

Renseignements concernant le demandeur et son conjoint		
	DEMANDEUR*	Époux(se), Concubin(e) ou Pacsé(e)
Nom marital		
Nom de naissance		
Prénom		
Date de naissance		
Lieu de naissance		
Nationalité		
Situation de famille (marié, divorcé, veuf, concubin, vivant maritalement ou ayant conclu un PACS)		
Nombre d'enfants		
N° de sécurité sociale		
Situation professionnelle (en activité ou retraité)		
Organisme de retraite principale		
Organisme(s) de retraite complémentaire		
Mutuelle		
Assurance dépendance		

\* Demandeur : personne pour laquelle l'APA est demandée

## ADRESSE ACTUELLE du demandeur

ADRESSE : .....

Date d'arrivée à cette adresse : ..... Téléphone : .....

Courriel : .....

Il s'agit :  de votre domicile

et vous êtes  Propriétaire  Usufruitier  Locataire  Logé à titre gratuit (enfants...)

d'une famille d'accueil agréée\*

d'un établissement

autre (préciser type de structure).....

## ADRESSE PRÉCÉDENTE

**(Ne remplir que si le demandeur réside actuellement : soit en établissement, soit chez une famille d'accueil agréée\*, soit depuis moins de 3 mois à ce domicile)**

ADRESSE : .....

Date d'arrivée à cette adresse : ..... Téléphone : .....

Il s'agissait :  de votre domicile

et vous étiez  Propriétaire  Usufruitier  Locataire  Logé à titre gratuit (enfants...)

d'une famille d'accueil agréée\*

d'un établissement

autre .....

\*Accueil à titre onéreux chez un particulier agréé selon l'article L. 441.1 du Code de l'Action Sociale des Familles

Le demandeur bénéficie-t-il d'une mesure de protection juridique :  oui  non

Si oui :  sauvegarde de justice  curatelle  tutelle (joindre le jugement + RIB)

Nom et adresse du tuteur ou curateur ou de l'organisme chargé de la mesure de protection :

.....  
...N° de téléphone ..... Courriel : .....

Nom de votre médecin traitant : .....

Commune : ..... N° de téléphone : .....

## RÉFÉRENT (Personne à joindre en cas de besoin)

Statut du référent :  Tuteur ou curateur  Conjoint  Enfant  Petit-enfant  
 Frère, sœur, neveu, nièce  Ami ou autre

Coordonnées du référent :

M. / Mme : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Commune : .....

Téléphone (indispensable) : .....

Courriel : .....

## Aides perçues par le demandeur et son conjoint

	Demandeur*	Epoux(se), Concubin(e) ou Pacsé(e)
• L'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP)	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
• La Prestation Compensation du Handicap (PCH)	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
• La Majoration pour aide constante d'une Tierce Personne (MTP)	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
• La Prestation Complémentaire pour Recours à Tierce Personne (PC RTP)	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
• L'aide-ménagère au titre de l'aide sociale départementale	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
• L'aide-ménagère versée par votre caisse de retraite	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

\* Personne pour qui l'APA est demandée

## PATRIMOINE DU FOYER

(Biens immobiliers du demandeur et du conjoint)

	Propriété(s) bâtie(s)	Propriété(s) non bâtie(s)
<b>Nature</b> (maison, appartement, terrains...) :	.....	.....
<b>Adresse :</b>	..... .....	..... .....
<b>Nature</b> (maison, appartement, terrains...) :	.....	.....
<b>Adresse :</b>	..... .....	..... .....
<b>Nature</b> (maison, appartement, terrains...) :	.....	.....
<b>Adresse :</b>	..... .....	..... .....

Si vous êtes propriétaire ou usufruitier, l'habitation principale est-elle occupée par une personne de votre famille ?  
 oui  non  Lien de parenté .....

## DEMANDE SIMPLIFIÉE D'UNE CARTE MOBILITE INCLUSION (CMI)

(Article L.241-3 du Code de l'action sociale et des familles)

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.**

## Renseignements concernant votre ou vos proche(s) aidant(s) (Article L.113-1.3 du Code de l'action sociale et des familles)

Est considéré comme proche aidant d'une personne âgée, son conjoint, le partenaire avec qui elle a conclu un PACS ou son concubin, un parent ou un allié, définis comme aidants familiaux ou une personne résidant avec elle ou entretenant des liens étroits et stables, qui lui vient en aide **de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne.**

### AIDANT PRINCIPAL :

<b>Nom et prénom</b>	
<b>Date de naissance</b>	
<b>Adresse</b>	
<b>Téléphone</b>	
<b>Nature de votre lien</b>	
<b>Nature de l'aide apportée</b>	<input type="checkbox"/> démarches administratives <input type="checkbox"/> aides dans vos déplacements <input type="checkbox"/> courses <input type="checkbox"/> aides à la vie quotidienne <i>(aide à la toilette, lever, coucher, habillage, repas...)</i> <input type="checkbox"/> autres
<b>Durée et périodicité</b> approximatives de cette aide pour une journée, une semaine ou un mois (selon ce qui vous paraît le plus pertinent)	

### AUTRE AIDANT ÉVENTUEL :

<b>Nom et prénom</b>	
<b>Date de naissance</b>	
<b>Adresse</b>	
<b>Téléphone</b>	
<b>Nature de votre lien</b>	
<b>Nature de l'aide apportée</b>	<input type="checkbox"/> démarches administratives <input type="checkbox"/> aides dans vos déplacements <i>(aide à la toilette, lever, coucher, habillage, repas...)</i> <input type="checkbox"/> courses <input type="checkbox"/> aides à la vie quotidienne * <input type="checkbox"/> autres
<b>Durée et périodicité</b> approximatives de cette aide pour une journée, une semaine ou un mois (selon ce qui vous paraît le plus pertinent)	

## ATTESTATION SUR L'HONNEUR

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

M. Mme .....

- certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus, qui sont fournis dans le cadre d'une demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA).
- en cas de non attribution de l'APA, autorise le Département à transmettre ma demande à la caisse de retraite compétente et à solliciter auprès de cet organisme les renseignements nécessaires à l'instruction de ma demande.
- autorise également le Département à transmettre les informations nécessaires aux administrations et organismes habilités.

Fait à ..... Le .....

Signature du demandeur

Signature autre (préciser la qualité)

### **Sanctions prévues en cas de fraude ou de fausse déclaration :**

*Outre le remboursement des sommes indûment versées, le fait d'avoir perçu frauduleusement l'allocation personnalisée d'autonomie est puni des peines prévues par les articles 313-1 à 313-3 du nouveau code pénal. Les peines maximales encourues sont selon les cas de 5 à 7 ans d'emprisonnement et de 375 000 à 750 000 euros d'amende.*

### **LE DÉPARTEMENT DU DOUBS VEILLE À GARANTIR LE RESPECT ET LA PROTECTION DE VOTRE VIE PRIVÉE**

Le présent texte a pour objectif de vous informer de vos droits relatifs au traitement de vos données à caractère personnel. Le Département du Doubs applique les dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à la protection des données et du Règlement Européen (UE) 2016/679 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données.

Le Département du Doubs est responsable du traitement de données à caractère personnel.

Le Département a désigné un Délégué à la Protection des Données que vous pouvez joindre par courriel à l'adresse suivante : [jean-marie.archipoff@doubs.fr](mailto:jean-marie.archipoff@doubs.fr) / [dpo@doubs.fr](mailto:dpo@doubs.fr)

### **LA COLLECTE DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL**

Seules les informations strictement nécessaires permettant de vous fournir le service le plus adapté à vos besoins, sont recueillies. Ces informations sont justifiées par la nature de la tâche à accomplir et proportionnées au but recherché. Elles font l'objet d'un traitement informatique sans prise de décision automatisée, ni de profilage. Le responsable du traitement s'engage à conserver vos données pour une durée limitée à 5 ans.

### **LA FINALITÉ DU TRAITEMENT DES DONNÉES**

Nous traitons les données communiquées pour l'instruction de votre demande d'APA.

### **CONFIDENTIALITÉ DE VOS DONNÉES ET ABSENCE D'UTILISATION À DES FINS COMMERCIALES**

Les destinataires de cette collecte sont les services du Conseil Départemental du Doubs concernés par l'instruction et le suivi des demandes d'APA.

Le partage des informations entre administrations et organismes habilités ne s'effectue qu'à minima dans le respect de la déontologie. Vos données ne seront en aucun cas cédées, ni transmises à des organismes à des fins commerciales.

### **PROTECTION DES DONNÉES**

Le Département du Doubs utilise les moyens techniques nécessaires pour protéger vos données, afin d'empêcher notamment qu'elles ne soient déformées, endommagées ou communiquées à des tiers non autorisés.

### **EXERCICE DU DROIT D'ACCÈS**

Conformément au règlement européen n°2016/679, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification ou d'effacement, ainsi qu'un droit à la portabilité de vos données ou de limitation du traitement qui pourra s'exercer auprès du Département du Doubs. Vous pouvez également pour des motifs légitimes, donner des directives à la conservation, à l'effacement et à la communication de vos données après votre décès. Vous disposez également d'un droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés ([www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)).

En savoir plus sur le RGPD au Département du Doubs : <https://www.doubs.fr/index.php/rgpd>

## **Pièces justificatives à joindre au dossier de demande :**

### **\* 1) personnes de nationalité française :**

photocopie du livret de famille, de la carte nationale d'identité ou du passeport

### **2) personnes de nationalité étrangère :**

- ressortissants de l'union européenne et de la Confédération helvétique :

photocopie du passeport ou de la carte d'identité en cours de validité

- autres ressortissants : photocopie de la carte de résident ou du titre de séjour

\* photocopie **intégrale** du dernier avis d'imposition ou de non-imposition à l'impôt sur le revenu

\* photocopie **intégrale** du dernier relevé de la taxe foncière sur les propriétés bâties et sur les propriétés non bâties (si vous n'êtes plus imposable : photocopie du dernier relevé de taxe foncière reçu pour ces biens ou extrait de la matrice cadastrale

si vous ne disposez d'aucun bien : attestation sur l'honneur indiquant que vous ne possédez ni bien bâti ni bien non bâti)

\* attestation de votre caisse de retraite ou de votre organisme de sécurité sociale (si vous êtes en activité), précisant si vous bénéficiez ou non de la majoration pour tierce personne (MTP) ou de la prestation complémentaire pour recours à tierce personne (PCRTP)

\* relevé d'identité bancaire, postal ou de caisse d'épargne, **au nom du demandeur** ou de son représentant légal

***Le dossier ne sera déclaré complet que si ces pièces justificatives sont fournies. La date de complétude détermine la date d'ouverture des droits à la prestation.***

### ***Pièces complémentaires :***

\* copie de la décision prononçant une mesure de protection judiciaire (tutelle, curatelle, sauvegarde de justice), le cas échéant

\* fiche de renseignements du médecin traitant : à faire remplir par votre médecin traitant et à transmettre avec votre dossier de demande d'APA (**obligatoire si vous sollicitez une CMI**)

\* en cas de modification de la situation familiale au cours de l'année précédente, joindre un justificatif (copie du livret de famille)

## ***Le dossier complet (formulaire et pièces justificatives) doit être adressé à :***

Conseil départemental du Doubs  
Direction de l'Autonomie  
Service prestations et maintien à domicile  
7 avenue de la Gare d'Eau  
25031 BESANCON Cedex

Mail : [apa@doubs.fr](mailto:apa@doubs.fr)

## ***Pour tous renseignements complémentaires :***

Service prestations et maintien à domicile :

03 81 259 259