

*Le Goût d'aider
les autres !*

**DOSSIER
D'ALLOCATION
PERSONNALISÉE
D'AUTONOMIE**

!
JOINDRE
VOS DOCUMENTS
SANS AGRAFE
NI COLLE
NI SCOTCH

MISE A JOUR
JANVIER 2018

L'ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE A DOMICILE

Qu'est-ce que l'APA à domicile ?

L'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) a pour objet de prendre en charge les frais liés à la perte d'autonomie des personnes âgées résidant à domicile.

L'APA à domicile est une prestation affectée à la couverture de dépenses telles que l'aide humaine dans son ensemble et pas seulement l'aide **ménagère** (aide au transfert, à l'habillage, préparation des repas, aide aux courses, ...) l'abonnement à un service de téléalarme, les frais d'hygiène ou encore l'accueil temporaire...

Un professionnel de l'équipe médico-sociale effectue une évaluation des besoins de la personne âgée, à son domicile, et détermine son degré de dépendance. Un plan d'aide personnalisé est établi pour les personnes entrant dans les GIR 1 à 4. Pour toutes les personnes entrant dans un GIR 5 ou 6, il appartiendra au demandeur de solliciter sa caisse de retraite.

Le montant de l'APA est modulé en fonction du GIR et peut être minoré par la participation mise à la charge du bénéficiaire, calculée sur la base de ses ressources.

Cette prestation n'est pas récupérable sur la succession du bénéficiaire.

Quelles sont les conditions pour bénéficier de l'APA ?

- Etre âgé d'au moins 60 ans,
- Vivre à son domicile,
- Justifier d'une résidence stable et régulière en France de plus de 3 mois,
- Présenter un niveau de dépendance relevant des quatre premiers groupes de la grille AGGIR,
- Etre de nationalité française ou ressortissant de la C.E. ou étranger hors C.E. titulaire d'un titre de séjour en cours de validité.
- L'APA n'est pas cumulable avec
 - la Majoration pour Tierce Personne (MTP),
 - l'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP),
 - la prestation complémentaire pour recours à tierce personne (PC RTP),
 - la Prestation de Compensation du Handicap (PCH).
 - l'aide ménagère versée par les caisses de retraite
 - l'aide ménagère au titre de l'aide sociale départementale

LISTE DES PIECES A TRANSMETTRE

- La photocopie du livret de famille ou de la carte nationale d'identité ou d'un passeport ou d'un extrait d'acte de naissance avec mentions marginales ; ou s'il s'agit d'un demandeur de nationalité étrangère, la photocopie de la carte de résidence ou titre de séjour en cours de validité,
- La photocopie du dernier avis d'imposition ou de non imposition sur le revenu (ainsi que celle du concubin le cas échéant),
- La photocopie du ou des dernier avis de la taxe foncière sur les propriétés bâties et sur les propriétés non bâties du foyer (à l'exception de l'habitation principale et des propriétés louées),
- Le relevé annuel d'assurance vie : l'imprimé annexe complété + le justificatif
- Un relevé d'identité bancaire ou postal,
- Le certificat médical rempli par votre médecin (conforme au modèle joint),
- Copie de la Mesure de protection juridique, le cas échéant,
- Attestation de présence du conjoint en établissement médico-social (Maison de retraite), le cas échéant,
- Un bulletin de situation si vous êtes hospitalisé au jour du dépôt de la demande.

DECLARATIONS FRAUDULEUSES
(Article L135-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles)

« Le fait de percevoir frauduleusement ou de tenter de percevoir frauduleusement des prestations au titre de l'aide sociale est puni de peines prévues par les articles 313-1, 313-7 et 313-8 du Code Pénal. »

INFORMATISATION DES DOSSIERS D'AIDE SOCIALE

La loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux données recueillies dans ce questionnaire. Elle garantit au demandeur ou au bénéficiaire d'aide sociale, un droit d'accès et de rectification auprès de notre administration, pour les données le concernant.

Dispositions relatives à la loi n°2000-321 du 12 avril 2000 concernant les droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations

En application des dispositions de l'article 2 de la loi susvisée, les personnes qui le demandent pourront consulter les documents relatifs à la présente demande les concernant. Les modalités d'accès seront appliquées conformément aux dispositions édictées par la loi.

LE DOSSIER EST A RETOURNER A :

DEPARTEMENT DE LA HAUTE-LOIRE
Direction de la vie Sociale - Service Maintien de l'autonomie
1 place Monseigneur de Galard
CS 20310
43009 LE PUY EN VELAY CEDEX

DEMANDE D'ALLOCATION

Septembre 2017

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DEMANDEUR		
	LE DEMANDEUR	LE CONJOINT, CONCUBIN, PACSE
NOM, Prénoms		
Nom de jeune fille		
Date et lieu de naissance		
Situation de famille (célibataire, marié, divorcé, veuf, concubin, PACSE)		
N° de sécurité sociale		
Nationalité	<input type="checkbox"/> Française <input type="checkbox"/> Etrangère union Européenne <input type="checkbox"/> Etrangère hors Union Européenne	<input type="checkbox"/> Française <input type="checkbox"/> Etrangère union Européenne <input type="checkbox"/> Etrangère hors Union Européenne
Date d'arrivé en France Métropolitaine		
Contact :	Tél. Fixe	
	Tél. Portable	
	Adresse mail	
Régime de retraite principal		
Propriétés bâties et non bâties hors habitation principale	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui : fournir taxe foncière	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui : fournir taxe foncière

Mentionnez si vous faites l'objet d'une mesure de : Sauvegarde de justice Curatelle Tutelle
 Mandat de protection future

Nom et adresse du tuteur ou de l'organisme tutélaire :

.....

.....

ADRESSE ACTUELLE DU DEMANDEUR

Adresse :

.....

En cas de déménagement depuis moins de 3 mois, indiquer l'adresse précédente et la date du déménagement :

.....

ADRESSE DU CONJOINT Si différente de celle du demandeur

.....
.....

PERSONNE REFERENTE (enfant, parent, etc.)

NOM : Prénom :
Adresse :
.....
Téléphone fixe : Portable :
Mail :
Lien avec le demandeur :

MEDECIN TRAITANT

NOM : Prénom :
Adresse :
.....
.....

ALLOCATIONS

Percevez-vous (ou votre conjoint) :

- l'allocation compensatrice pour tierce personne : Oui Non
- la prestation de compensation du handicap : Oui Non
- l'aide ménagère versée par les caisses de retraite : Oui Non
- la majoration pour tierce personne : Oui Non
- l'aide ménagère au titre de l'aide sociale départementale : Oui Non
- La prestation complémentaire pour recours
à tierce personne (PC RTP) Oui Non

Attention :

Aucune de ces prestations n'est cumulable avec l'allocation personnalisée d'autonomie.

OBSERVATION DU DEMANDEUR ET / OU DE SA FAMILLE

Utilisation facultative par le demandeur et / ou sa famille.

Dans un souci d'améliorer la qualité de la prise en charge de la personne, nous vous remercions d'indiquer toute information complémentaire ne figurant pas dans le présent dossier.

.....
.....
.....
.....
.....
.....

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

→ **Demande d'une carte mobilité inclusion (CMI)** prévue à l'article L. 241-3

Souhaitez-vous bénéficier de la CMI mention invalidité :

Oui Non

Souhaitez-vous bénéficier de la CMI mention priorité :

Oui Non

Souhaitez-vous bénéficier de la CMI mention stationnement :

Oui Non

→ **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, indispensable à votre maintien à domicile, qu'on dénommera "aidants" dans ce qui suit. Son remplissage est facultatif.

Nom et prénom de votre ou de vos aidants :

Age de votre ou de vos aidants :

Lieu de résidence de votre ou de vos aidants :

Nature de votre lien avec votre ou vos aidants :

Je certifie sur l'honneur :

- L'exactitude de tous les renseignements figurant sur le présent dossier,
- Avoir pris connaissance des sanctions encourues en cas de déclaration inexacte ou incomplète.

Je m'engage à fournir toutes les pièces justificatives qui me seraient demandées.

Je suis informé(e) que les agents des administrations fiscales sont habilités à communiquer aux services du Département les renseignements qu'ils détiennent et qui sont nécessaires pour instruire ma demande d'aide sociale.

J'autorise le Département à transmettre, en cas de rejet de l'allocation personnalisée d'autonomie, mon dossier à ma caisse de retraite principale.

A.....le.....

Signature du demandeur
(ou autre à préciser)

ANNEXE

DOSSIER D'ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE (APA)

DECLARATION DES CONTRATS D'ASSURANCE VIE
Chaque contrat d'assurance vie détenu par le couple doit
être déclaré dans le tableau ci-dessous
En euros

LE DEMANDEUR, LE CONJOINT, CONCUBIN, PACSE

NOM / PRENOM du demandeur :

NOM / PRENOM du conjoint/du concubin/du pacsé :

Titulaire du compte		PRODUITS	CAPITAL	INTERETS PERCUS OU CAPITALISES
Mme	Mr			
		Epargne assurance vie Contrat n°		
		Epargne assurance vie Contrat n°		
		Epargne assurance vie Contrat n°		
		Epargne assurance vie Contrat n°		

Je Soussigné :

Nom :

Prénom :

Nom de jeune fille :

Né(e) le :

Adresse :

.....

Atteste sur l'honneur que

Je n'ai aucun contrat d'assurance vie

Je n'ai pas d'autre contrat d'assurance vie

Le :

Signature :

Je Soussigné :

Nom :

Prénom :

Nom de jeune fille :

Né(e) le :

Adresse :

.....

Atteste sur l'honneur que

Je n'ai aucun contrat d'assurance vie

Je n'ai pas d'autre contrat d'assurance vie

Le :

Signature :