

# DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE

- à domicile       en établissement  
 en résidence autonomie (ex foyer-logement, MARPA, MAPA...)

Nom de naissance.....	Nom marital.....
Prénoms.....	
Code postal.....	Commune.....
Canton.....	

## Liste des pièces justificatives à joindre obligatoirement par les membres du foyer au dossier de demande

- Copie **intégrale** du livret de famille ou de la carte nationale d'identité, ou d'un extrait d'acte de naissance, ou d'un passeport d'un état membre de l'Union européenne, ou s'il s'agit d'un demandeur de nationalité étrangère, la copie de la carte de résidence ou du titre de séjour.
- Copie **intégrale** du dernier avis d'imposition ou de non-imposition sur le revenu.
- Le cas échéant, toute pièce justificative des biens ou capitaux relevant du patrimoine dormant (photocopie intégrale du dernier relevé des taxes foncières sur les propriétés bâties et non bâties (département et hors département)).
- Relevé annuel d'assurance vie.
- Relevé d'identité bancaire ou postal.
- Si vous faites l'objet d'une mesure de protection, une copie intégrale du jugement.
- Ce dossier complété et **signé**.

### Si vous êtes :

→ **en famille d'accueil** (domicile d'un particulier accueillant à titre onéreux dans le cadre de la loi du 10 juillet 1989) :

- joindre la copie du contrat d'accueil.

→ **en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) :**

- l'attestation de présence,**  
 **l'arrêté de tarification** de votre établissement d'accueil, si celui-ci n'est pas situé dans le Lot (documents à réclamer auprès de l'établissement).

## A - ÉTAT CIVIL

Nom de naissance

Nom marital

Prénoms

Date de naissance

Lieu de naissance

Département de naissance  
Nom + numéro du département

Nationalité  
Française, ressortissant de l'Union  
européenne, autre : précisez

Situation de famille

- Marié(e)    Divorcé(e)  
 Veuf(ve)    Concubin(e)  
 Pacs    Célibataire

Depuis le

Régime de retraite principal

Nom et adresse de l'organisme

N° Sécurité sociale

DEMANDEUR

CONJOINT (1)

## B - LIEU DE RÉSIDENCE

Adresse actuelle du demandeur

Code postal

Commune

Téléphone

E-mail

Du conjoint (1) si différente de celle du demandeur

Code postal

Commune

Téléphone

Précisez s'il s'agit :

- du domicile personnel   Si oui    Propriétaire    Locataire    Autre, précisez :  
 d'une famille d'accueil    d'une résidence autonomie (foyer-logement, MARPA, MAPA...)  
 d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées
- Précisez la date d'entrée ou début d'accueil  
→ Avez-vous déposé une demande d'Aide Sociale à l'Hébergement    Oui    Non

Adresse précédente (avec date d'arrivée et de départ)

Ne remplir que si l'intéressé(e) est soit en établissement, soit réside à l'adresse actuelle depuis moins de trois mois

Code postal

Commune

Date d'arrivée

Date de départ

(1) Conjoint(e) ou concubin(e) ou personne ayant conclu un Pacs

## C - PERSONNES À CONTACTER / PROCHES AIDANTS DU DEMANDEUR

### AIDANT 1

- à contacter en cas d'urgence  
 à contacter pour la visite d'évaluation à domicile  
 souhaite avoir la copie des courriers

Nom/Prénom de votre(vos) aidant(s)

Age de votre(vos) aidant(s)

Adresse de votre(vos) aidant(s)

Code postal

Commune

Téléphone

E-mail

Lien avec votre(vos) aidant(s)

Nature de l'aide apportée

Ex. : accompagnement dans les déplacements extérieurs, courses...

Durée et périodicité

approximatives de cette aide pour une journée, une semaine ou un mois (le plus pertinent selon vous)

### AIDANT 2

- à contacter en cas d'urgence  
 à contacter pour la visite d'évaluation à domicile  
 souhaite avoir la copie des courriers

## D - MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE

Faites-vous l'objet d'une mesure de protection  Oui  Non

Si oui :  Sauvegarde de justice  Tutelle  Curatelle

Nom du tuteur ou de l'association chargé(e) de la mesure

Adresse

Code postal

Commune

Téléphone

## E - PATRIMOINE DU FOYER

Revenus soumis au prélèvement libératoire

Ressources ne figurant pas dans l'avis d'imposition ou de non-imposition à l'impôt sur le revenu (en application des articles 125-0 A et 125 D du code général des impôts)

Patrimoine immobilier Valeur(s) locative(s)

pour une résidence secondaire et/ou terrains (voir relevé de la taxe foncière)

**Cette rubrique ne concerne pas votre résidence principale**

Nature (bâti, non bâti, appartement, pavillon...)

Patrimoine dormant, non productif d'intérêts

Nature (exemples : objets d'art, bateaux, chevaux de course, biens mobiliers, véhicules de collection, parts sociales, droits d'auteur...)

Biens immobiliers et capitaux non placés  
(dont assurance vie)

**DEMANDEUR**  
Montant en euros

**CONJOINT (1)**  
Montant en euros

€

€

€

€

€

€

€

€

€

€

€

€

(1) Conjoint(e) ou concubin(e) ou personne ayant conclu un Pacs

## F - MÉDECIN

Nom .....

Code postal □□□□□□

Commune .....

Téléphone □□ □□□□□□ □□ □□

## G - PRESTATIONS SOCIALES

Etes-vous bénéficiaire

**(joindre obligatoirement le justificatif correspondant)**

- de la Majoration pour aide constante d'une Tierce Personne (MTP) versée par la Sécurité Sociale
- de la Prestation Complémentaire pour Recours à Tierce Personne (PC RTP)
- de la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) ou de l'Allocation Compensatrice Tierce Personne (ACTP)
- d'une aide ménagère à domicile prise en charge par votre caisse de retraite
- d'une aide ménagère au titre de l'aide sociale départementale
- d'une prestation servie par un autre Département (APA, Allocation Compensatrice Tierce Personne (ACTP), aide à l'hébergement...)

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

## H - CARTE D'INVALIDITÉ ET DE STATIONNEMENT

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 carte mobilité inclusion (CMI) comportant les mentions «invalidité» et/ou «stationnement pour personnes handicapées».

→ Souhaitez-vous bénéficier de la carte mobilité inclusion comportant la mention «invalidité» prévue à l'article L. 241-3 du code de l'action sociale et des familles (CASF) :  OUI  NON

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

**Pour les bénéficiaires de l'APA à domicile relevant des GIR 1 et GIR 2, la demande sera transmise directement par les services départementaux à la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH).** Il appartient aux personnes ne relevant ni d'un GIR 1 ni d'un GIR 2 de déposer directement leur demande auprès de la MDPH.

## I - COORDONNÉES DE LA PERSONNE QUI A CONSTITUÉ LE DOSSIER SI DIFFÉRENTE DU DEMANDEUR OU DU REPRÉSENTANT LÉGAL

Nom ..... Prénom .....

Qualité ..... Téléphone

Je suis informé(e) que les informations recueillies dans le cadre de cette demande peuvent faire l'objet d'un échange et d'un partage vers d'autres professionnels (de santé ou des champs social et médico-social) ou vers d'autres services ou organismes intervenant dans la prise en charge de ma situation.

Cet échange et le partage d'informations entre professionnels s'exerce dans la double limite :

- 1 → des seules informations strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou au suivi médico-social et social ;
- 2 → du périmètre de leurs missions.

Je dispose d'un droit d'opposition qui peut être exercé à tout moment en signifiant ce refus au Département par courrier recommandé avec accusé de réception (articles L 1110-4 du code de la santé publique ; L 113-3 et R 232-7 du code de l'action sociale et des familles).

Toute fausse déclaration ou falsification de document, toute obtention usurpée d'un droit, m'expose à des sanctions pénales et financières prévues par la loi (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-7 du code pénal), ainsi que, le cas échéant, à la récupération par le Département des sommes indûment perçues.

Je soussigné(e) .....

agissant en mon nom propre ou en ma qualité de représentant légal de M. ....

- certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus, et ceux figurant sur les pièces jointes,
- atteste avoir pris connaissance des dispositions réglementaires figurant au présent dossier,
- **consent à l'échange et au partage des informations recueillies dans le cadre de cette demande.**

Fait à .....

le

Signature

## Dispositions réglementaires

L'Allocation Personnalisée d'Autonomie ne donne lieu à aucun recours sur succession, donation ou legs.

### Dispositions relatives à la loi du 6 janvier 1978

Les traitements relatifs à cette demande sont informatisés. Ils sont donc soumis aux dispositions de la loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978 qui protège les droits et libertés individuelles.

Conformément à l'article 27 de cette loi, les personnes auprès desquelles sont recueillies des informations nominatives sont informées que :

- **Toutes les réponses aux différentes rubriques sont obligatoires. Un défaut de réponse entraînera des retards ou une impossibilité dans l'instruction du dossier.**
- **Les destinataires des informations collectées sont exclusivement les administrations et organismes habilités à connaître des dossiers d'aide à domicile ou en établissement.**
- **En tout état de cause, les personnes concernées ont un droit d'accès et de rectification des informations nominatives stockées ou traitées informatiquement. Pour l'exercice de ce droit, il convient de vous adresser, en justifiant de votre identité, à Monsieur le Président du Département du Lot.**

### Dossier à retourner à l'adresse suivante :

Département du Lot - Avenue de l'Europe - BP 291 - 46005 Cahors cedex 9

### Pour tout renseignement complémentaire :

N° Vert Personnes âgées - Appel gratuit depuis un poste fixe - 0800 046 146

Département du Lot  
Avenue de l'Europe - Regourd  
BP 291 - 46005 Cahors cedex 9  
Tél. : 05 65 53 40 00  
Fax : 05 65 53 41 09  
Courriel : [departement@lot.fr](mailto:departement@lot.fr)  
[www.lot.fr](http://www.lot.fr)

