

## **Feuillet à destination de l'Assistante Sociale du Conseil Départemental**

Chère Madame, Cher Monsieur,

Dans le cadre de la demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) qui vous est adressée, je vous informe que vous avez la possibilité de comparer précisément sur le site [www.calculapa.fr](http://www.calculapa.fr) le reste à charge du bénéficiaire en fonction :

- De son taux de participation,
- Des devis des structures d'aide à domicile reçus,
- Des modes d'intermédiation courants : prestataire, mandataire et emploi direct à travers la plateforme de recrutement nationale Click&Care.

Fondé par une équipe médicale, Click&Care accompagne la maîtrise des dépenses pour les payeurs en réduisant les dépenses des Collectivités et le reste à charge des Familles, tout en rémunérant davantage les auxiliaires de vie au bénéfice d'une meilleure prise en charge.

Click&Care est une filiale de la Caisse des Dépôts et des Consignations et de la MAIF.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes sincères salutations.

**Docteur Lina Bougrini**  
Fondatrice de Click&Care





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

A compléter par la DASES  
Numéro de votre dossier :

.....

Votre nom de Naissance : .....

Votre prénom : .....

Votre nom marital (s'il y a lieu) : .....

Votre date de naissance : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ (jour/mois/année)

Votre adresse actuelle : N° : .... Rue : .....

Batiment : ..... Etage : ..... Porte : .....

Code postal : \_\_\_\_ Ville : .....

Date d'arrivée à cette adresse : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ (jour/mois/année)

Votre numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

**VOUS ETES ?**

- célibataire       veuf(ve)       marié(e)
- en vie maritale       PACSé(e)       divorcé(e) ou séparé(e)
- ou en concubinage

Identité de votre conjoint(e), concubin(e) ou PACSé(e) éventuel(le)

Nom : .....

Prénom : .....

Date et de naissance : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ (jour/mois/année)

Lieu de Naissance : .....

**BENEFICIEZ-VOUS ?**

- de la majoration pour tierce personne versée par la Sécurité Sociale ?  Oui  Non
- d'une mutuelle complémentaire ?  Oui  Non
- d'une aide ménagère prise en charge par votre caisse de retraite ?  Oui  Non
- Dans ce dernier cas, quel est le nom de l'association intervenant à votre domicile ? .....

Si vous êtes actuellement hébergé(e) en foyer-logement, merci de préciser

- si vous l'êtes  à titre payant       au titre de l'aide sociale
- la date d'arrivée en foyer-logement : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ (jour/mois/année)

**INFORMATIONS NECESSAIRES A LA VISITE DE L'EQUIPE MEDICO-SOCIALE A VOTRE DOMICILE**

Numéro de digicode (s'il y a lieu) : .....

Station de métro : .....  
*la plus proche de votre domicile*

Votre caisse de retraite principale est celle pour laquelle vous avez cotisé le plus grand nombre de trimestres.

Afin de faciliter les échanges d'information entre elle et le Département de Paris, gestionnaire de l'allocation personnalisée d'autonomie, il est prévu qu'un double de la notification de décision relative à la demande d'APA soit adressé à votre caisse de retraite principale.

## AUTORISATION DE TRANSMISSION DE LA NOTIFICATION DE DECISION A LA CAISSE DE RETRAITE PRINCIPALE DU DEMANDEUR

J'autorise le Département de Paris à transmettre les notifications de décisions relatives à ma demande d'APA à ma caisse de retraite principale, dont j'indique le nom ci-dessous.

Nom de votre caisse principale de retraite :

.....  
.....

## IDENTITÉ DE LA PERSONNE À CONTACTER EN CAS DE BESOIN

Cette personne sera contactée, le cas échéant, pour toute question administrative sur votre dossier et également pour être présente, si elle le souhaite, lors de la visite à votre domicile d'un membre de l'équipe médico-sociale.

Madame  Monsieur

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal : \_ \_ \_ \_ \_ Ville : .....

Numéro de téléphone : Portable : \_ \_ \_ \_ \_ Domicile : \_ \_ \_ \_ \_

Professionnel : \_ \_ \_ \_ \_

Lien avec le demandeur : .....

### AVERTISSEMENT

Quiconque aura fourni sciemment des renseignements inexacts ou incomplets dans la déclaration exigée en vue d'obtenir de l'Etat ou des collectivités locales un avantage quelconque indû, sera puni d'un emprisonnement de quatre ans et d'une amende de 9 000 € ou de l'une de ces deux peines seulement

(article 22 de la Loi n° 68.690 du 31 Juillet 1968)

## SIGNATURE de VOTRE DEMANDE et ENGAGEMENT

Je, soussigné(e),

.....

sollicite l'allocation personnalisée d'autonomie auprès des services du Département de Paris.

Je déclare sur l'honneur avoir fourni des renseignements exacts sur ma situation familiale ainsi que sur l'ensemble de mes revenus et de mon patrimoine (voir notice jointe).

Fait à Paris, le \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Signature obligatoire du demandeur

ou de son représentant

légal. (en cas de tutelle ou curatelle, le tuteur ou curateur doit obligatoirement joindre le jugement du Juge des Tutelles par lequel la tutelle ou curatelle de l'intéressé lui a été confiée).