

NE PAS REMPLIR

Classement en groupe iso-ressources (G.I.R.)

Proposition de l'équipe médico-sociale

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Décision du Président du Conseil départemental de la Somme

.....

.....

.....

.....

Les informations vous concernant sont recueillies dans le cadre du traitement informatique de votre demande d'allocation personnalisée d'autonomie (APA) autorisé par l'article R.232-40 du code de l'action sociale et des familles (CASF) qui en définit les finalités.

Ce traitement informatique est soumis au respect des dispositions de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée dite « loi Informatique et Libertés » et au règlement général sur la protection des données (RGPD) n°2016/679 du 27 avril 2016, entré en vigueur le 25 mai 2018.

Le responsable du traitement de vos données à caractère personnel est le Département de la Somme, 53 rue de la République à Amiens.

Seuls les agents du Département de la Somme intervenant dans l'attribution, la gestion ou le contrôle de l'APA, et les personnels habilités des organismes visés à l'article R.232-44 CASF, ont accès aux informations vous concernant, lesquelles sont conservées conformément aux dispositions de l'article R.232-46 du code précité.

Toutes les réponses aux différents questionnaires sont obligatoires, un défaut de réponse entraînant un retard ou une impossibilité d'instruire votre dossier.

En application de la loi Informatique et Liberté et du RGPD précités, vous disposez de droits d'accès et de rectification de vos données que vous pouvez exercer en vous adressant à Monsieur le délégué à la protection des données (DPO) :

- par voie électronique : dpo@somme.fr

ou

- par voie postale à l'adresse suivante :

Monsieur le délégué à la protection des données

DSIL

43, rue de la République - CS 32615 - 80026 Amiens cedex 1

Vous avez également le droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL, 3 place Fontenoy, TSA 80715, 75334 Paris cedex ou sur www.cnil.fr



Dossier de demande de l'A.P.A.

à domicile

en établissement

LE DEMANDEUR	LE CONJOINT
Nom : (Nom marital pour les femmes)	Nom : (Nom marital pour les femmes)
Nom de naissance :	Nom de naissance :
Prénoms :	Prénoms :
Date et lieu de naissance :	Date et lieu de naissance :
N° de téléphone <input type="text"/>	N° de téléphone <input type="text"/>
N° de S.S. <input type="text"/>	N° de S.S. <input type="text"/>

LE DEMANDEUR	RENSEIGNEMENTS ET PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR
<p>Quelle est votre résidence actuelle ?</p> <p><input type="checkbox"/> à domicile</p> <p>- depuis plus de trois mois</p> <p>- depuis moins de trois mois</p>	<p>adresse :</p> <p>.....</p> <p>- joindre un justificatif du domicile : quittance de loyer, EDF, attestation d'hébergement.</p> <p>- joindre un justificatif du domicile actuel et des domiciles précédents : quittance de loyer, EDF, attestation d'hébergement avec les dates d'arrivée et de départ de chaque domicile.</p>
<input type="checkbox"/> en maison de retraite	<p>adresse :</p> <p>.....</p> <p>- joindre un justificatif du prix de journée ou du tarif appliqué, et, un justificatif du domicile précédent : quittance de loyer, EDF, attestation d'hébergement.</p>
<input type="checkbox"/> en accueil familial	<p>adresse :</p> <p>.....</p> <p>- joindre la photocopie de l'agrément, du contrat et justificatif du domicile précédent : quittance de loyer, EDF, attestation d'hébergement.</p>

Nom de votre médecin traitant : Son N° de tél.

NE PAS REMPLIR

Date d'arrivée du dossier en centre Autonomie :au C.A.D. :

Date de déclaration du dossier complet :Numéro de dossier :

Canton.....

LE DEMANDEUR	RENSEIGNEMENTS ET PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR
Si vous le souhaitez, le nom d'une personne à contacter en cas de nécessité	Nom : Prénom : adresse : son N° de tél. <input type="text"/>
Quelle est votre nationalité ? <input type="checkbox"/> française <input type="checkbox"/> ressortissant de l'Union européenne <input type="checkbox"/> étrangère non européenne	joindre : - la photocopie de votre livret de famille ou - la photocopie de votre carte nationale d'identité ou - la photocopie de votre passeport d'un État membre de l'Union européenne ou - un extrait d'acte de naissance joindre : - la photocopie de votre carte de résidence ou - la photocopie de votre titre de séjour
Bénéficiez-vous d'une mesure de protection ? <input type="checkbox"/> sauvegarde de justice <input type="checkbox"/> curatelle <input type="checkbox"/> tutelle	Nom du tuteur : Prénom : adresse : son N° de tél. <input type="text"/> joindre les photocopies du justificatif de la mesure et du dernier compte de tutelle
Si vous avez des enfants	joindre une liste avec leurs noms, leur adresse et leur numéro de téléphone
Quelles personnes vivent à votre domicile, autres que votre conjoint ?	Nom : Prénom : parenté : Nom : Prénom : parenté :
Avez-vous déjà eu recours à un service de maintien à domicile ?	Si oui, préciser le nom : l'adresse : le N° de tél. <input type="text"/>

Ressources et revenus du foyer

LE DEMANDEUR	RENSEIGNEMENTS ET PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR
Bénéficiez-vous de pensions ou de retraites ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Avez-vous bénéficié, avant l'âge de 60 ans, d'une prestation relevant du handicap ? - Pension majorée tierce personne (MTP) : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non - Prestation de compensation du handicap : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non - Allocation compensatrice : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	si oui joindre : - le dernier avis d'imposition ou de non-imposition ou - la déclaration sur l'honneur de non-imposition
Êtes-vous propriétaire ? <input type="checkbox"/> de votre logement <input type="checkbox"/> d'autres biens immobiliers	joindre : - la photocopie du dernier relevé des taxes foncières sur les propriétés bâties et non bâties Précisez la nature et l'adresse des autres biens
Bénéficiez-vous de revenus du capital ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	si oui joindre : - les photocopies des livrets et un certificat de banque sur les placements financiers
Votre conjoint a-t-il des revenus ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	si oui joindre : - les justificatifs des ressources du conjoint

Dans tous les cas joindre à votre dossier un relevé d'identité bancaire ou postal (R.I.B.)

J'autorise le département à transmettre à ma caisse de retraite déclarée les données relatives à mon évaluation APA pour étude de mes droits à l'aide ménagère : oui non

J'autorise le Département à transmettre la copie de ma notification APA à l'organisme en charge du suivi de mon abonnement à la téléassistance pour étude de mes droits à la gratuité de la téléassistance : oui non

Je soussigné(e), agissant en mon nom propre/en ma qualité de représentant légal de
 (barrer la mention inutile)

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

Fait à : Le :

Signature :