

	DEMANDEUR	CONJOINT(e) ou CONCUBIN(e) ou personne avec qui le demandeur a conclu un pacte civil de solidarité
NOM D'USAGE (nom marital)		
NOM DE NAISSANCE (nom de jeune fille)		
PRENOM		
DATE et LIEU DE NAISSANCE		
NATIONALITE		
SITUATION FAMILIALE (marié, divorcé, veuf, en concubinage, pacsé, célibataire)		
N° de SECURITE SOCIALE (en entier, avec la clé)		
CAISSE DE RETRAITE PRINCIPALE		

ADRESSE ACTUELLE *très précise* DU DEMANDEUR

Date d'arrivée :

N° et rue :

Bâtiment et entrée : Code postal et commune :

N° de téléphone(s) : email :

Vous êtes : locataire propriétaire / usufruitier(e) logé(e) à titre gracieux chez vos enfants
 en établissement autre, précisez :

ADRESSE DU CONJOINT (si différente, notamment s'il est en établissement)

.....

Adresse *du domicile précédent* du demandeur

.....

Date d'arrivée : Date de départ :

Vous occupez-vous de vos démarches administratives vous-même ? OUI NON

Je désire recevoir tous mes courriers A.P.A.

Je désire que tous mes courriers A.P.A. soient directement adressés à :

NOM D'USAGE : PRENOM :

NOM DE NAISSANCE (nom de jeune fille) Date de naissance :

ADRESSE postale :

N° de téléphone(s) : email :

il s'agit de : votre tuteur* votre curateur* un parent, lien de parenté :
 autre (à précisez) :

* Joindre la copie du jugement de tutelle ou de curatelle

- Souhaitez-vous que cette personne soit informée de la date de visite d'évaluation à domicile : OUI NON

➤ Si vous êtes à domicile, êtes vous actuellement aidé(e) ? OUI NON

Si oui, par qui : organisme, précisez : autre, précisez :

En cas d'aide bénévole par des proches (famille, entourage amical ou de voisinage), vous pouvez prendre connaissance du document "**fiche de renseignement concernant les proches aidants du demandeur de l'APA**" ci-joint qui sera, le cas échéant, complété lors de la visite d'un membre de l'équipe médico-sociale en vue de l'évaluation de vos besoins dans le cadre de l'APA.

➤ Si vous êtes à domicile, bénéficiez-vous actuellement d'une prise en charge financière de vos frais d'aide ménagère ?

NON

- OUI, précisez l'organisme payeur : Caisse de retraite principale au titre de l'aide ménagère
 Caisse de retraite principale au titre de l'aide après hospitalisation)
 Conseil départemental au titre de l'aide sociale
 Autre, précisez :

Si vous connaissez la date d'arrêt de la prise en charge actuelle, veuillez le préciser :

➤ Bénéficiez-vous

- de la majoration pour aide constante d'une tierce personne (MTP) ou prestation complémentaire pour recours à tierce personne (PCRTP) versée par un régime de sécurité sociale ou une caisse de retraite ? OUI NON
- de l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) ? OUI NON
- de la prestation de compensation du handicap (PCH) ? OUI NON

➤ Etes-vous actuellement hospitalisé(e) ? OUI* NON

* Si OUI, précisez le lieu et les dates d'hospitalisation :

➤ Autorisez-vous le partage de toutes les informations utiles, nécessaires au suivi de votre parcours de soins ? OUI NON

Je soussigné(e), M..... sollicite l'attribution de l'Allocation Personnalisée d'autonomie (A.P.A), pour mon compte / pour le compte de

* * * * *

DEMANDE SIMPLIFIEE D'UNE CARTE MOBILITE INCLUSION (CMI) (joindre obligatoirement un certificat médical de votre médecin),

Si votre situation le permet (voir notice jointe), souhaitez-vous bénéficier de la Carte Mobilité Inclusion (CMI) mention :

- **invalidité** NON OUI renouvellement
(attribution d'office au titre du GIR 1 ou 2, sinon étude par la MDPH)
- **priorité** NON OUI renouvellement
- **stationnement pour personne handicapée** NON OUI renouvellement

Je certifie sur l'honneur l'**exactitude des renseignements** indiqués dans ce dossier et **m'engage à signaler toute modification** qui interviendrait ultérieurement dans ma/sa situation. Je suis informé(e) que toute **fausse déclaration** m'expose aux **sanctions** pénales et financières prévues par la loi.

A Le..... SIGNATURE DU DEMANDEUR OU DE SON REPRESENTANT*

*Lien de parenté ou qualité (si le demandeur n'est pas le signataire) :

LISTE DES PIÈCES JUSTIFICATIVES A JOINDRE au dossier dûment complété, daté et signé

- Photocopie du livret de famille ou de la carte nationale d'identité ou d'un passeport de la Communauté Européenne ou un extrait d'acte de naissance ;
- Pour les personnes de nationalité étrangère : photocopie de la carte de résidence ou du titre de séjour (pour les ressortissants de la communauté européenne : la carte d'identité du pays d'origine) en cours de validité ;
- Photocopie intégrale du dernier avis d'imposition ou de non-imposition sur les revenus ;
- Fiche de renseignements concernant les revenus et le patrimoine (feuille de couleur bleue) ;
- Un relevé d'identité bancaire ou postal (RIB ou RIP) au nom du demandeur ;

ET, LE CAS ECHEANT :

- Photocopie du (des) dernier(s) relevé(s) de taxes foncières (à défaut relevés cadastraux) sur les propriétés bâties et sur les propriétés non bâties ;
- Photocopie du (des) dernier(s) relevé(s) annuel(s) d'assurance(s) vie de chaque membre du couple ;
- Photocopie intégrale du dernier avis d'imposition ou de non-imposition de votre concubin(e) ou de la personne avec qui vous avez conclu un pacte civil de solidarité ;
- Copie du jugement de mise sous protection juridique (tutelle, curatelle)
- Fiche de renseignements concernant les proches aidants du demandeur (feuille de couleur jaune) ;
- Pour les demandes d'APA à domicile, le certificat médical (joint au dossier) **rempli par le médecin traitant** (sous pli cacheté) ;
- Pour les demandes d'APA en établissement :
 - Fiche relative au versement de l'APA (feuille de couleur rose) ;
 - Copie de l'arrêté de tarification de l'établissement actuellement en vigueur ;
 - Fiche d'évaluation de la dépendance du demandeur établie par l'établissement d'accueil ;
- En cas de demande de renouvellement de carte en vue d'obtenir une Carte Mobilité Inclusion (CMI), joindre la copie de la carte précédemment délivrée (carte d'invalidité, carte de priorité, carte européenne de stationnement, CMI invalidité, CMI priorité, CMI stationnement pour personne handicapée).

Le fait de percevoir frauduleusement ou de tenter de percevoir frauduleusement des prestations au titre de l'aide sociale est puni des peines prévues par le Code Pénal

Les informations contenues dans votre dossier sont traitées informatiquement et soumises aux dispositions de la loi informatique et libertés » du 6 janvier 1978 qui protège les droits et libertés individuelles.

Cette loi vous garantit un droit d'accès et de rectification de ces informations. Pour le mettre en œuvre, vous pouvez vous adresser au Conseil départemental, Pôle Développement des Solidarités, Direction de l'Autonomie (voir coordonnées en page 1)