



## DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE (APA) EN ETABLISSEMENT

pour les personnes âgées de 60 ans et plus (cf. liste des pièces à fournir en page 4)

Nom et prénom : .....

Vous êtes célibataire marié(e) pacsé(e) union libre veuf(ve) séparé(e) divorcé(e)

Depuis le ...../...../..... (à compléter obligatoirement)



### ADRESSES DU DEMANDEUR

#### ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT

##### D'ACCUEIL

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

Date d'arrivée à cette adresse ..... /...../.....

(à compléter obligatoirement)

 : .....

@ : .....

#### ADRESSES PRECEDENTES :

Indiquer l'adresse de votre (vos) dernier(s)  
domicile(s) privé(s) avant votre entrée en  
établissement

(à compléter obligatoirement)

.....  
.....

Date d'arrivée (à compléter) : ...../...../.....

Date de départ (à compléter) : ...../...../.....

.....  
.....

Date d'arrivée (à compléter) : ...../...../.....

Date de départ (à compléter) : ...../...../.....

.....  
.....

Date d'arrivée (à compléter) : ...../...../.....

Date de départ (à compléter) : ...../...../.....


**ETAT CIVIL**

	Le demandeur	Le conjoint(e) / concubin(e) / partenaire de Pacs
Nom d'usage ou marital		
Nom de naissance		
Prénom(s)		
Sexe	<input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Homme	<input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Homme
Date de naissance		
Ville de naissance		
Département de naissance		
Pays de naissance		
Nationalité	<input type="checkbox"/> française <input type="checkbox"/> Union européenne <input type="checkbox"/> autre nationalité	<input type="checkbox"/> française <input type="checkbox"/> Union européenne <input type="checkbox"/> autre nationalité
Régime de retraite principal		
N° de sécurité sociale		
<b>Relevez-vous d'un régime d'assurance maladie obligatoire de la Confédération suisse, ou d'un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'Espace économique européen, autre que la France ?</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
<b>Préciser si votre conjoint(e), concubin(e) ou partenaire de Pacs réside :</b> <input type="checkbox"/> à votre domicile <input type="checkbox"/> en structure d'hébergement S'il ne réside pas à votre domicile, indiquer ses coordonnées : ..... Adresse : ..... ..... ☎ ..... @ .....		


**VOS REFERENTS ADMINISTRATIFS ET MEDICAUX**

**FAITES-VOUS L'OBJET D'UNE MESURE DE PROTECTION ?**     oui     non     en cours  
 Si oui, quel type ?     sauvegarde de justice     curatelle     tutelle     autre (précisez : .....)  
 Nom et prénom du représentant légal : .....  
 Adresse : .....  
 .....  
 ☎ ..... @ .....

**NOM ET PRENOM DE LA PERSONNE DESTINATAIRE DE VOTRE COURRIER :** .....  
 Adresse : .....  
 .....  
 Lien avec vous-même .....  
 ☎ ..... @ .....


**AUTRES AIDES PERÇUES non cumulables avec l'APA (à compléter obligatoirement)**

Aides	MONTANT	DATE DE FIN
Majoration pour aide constante d'une tierce personne	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	...../...../.....
La prestation complémentaire pour recours à tierce personne	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	...../...../.....
Allocation compensatrice pour tierce personne	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	...../...../.....
Prestation de compensation du handicap	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	...../...../.....
Aide ménagère au titre de l'aide sociale départementale	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	...../...../.....
Aide ménagère prise en charge par la caisse de retraite	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	...../...../.....


**PATRIMOINE DU FOYER**
**► BIENS IMMOBILIERS DU FOYER (MONSIEUR ET MADAME)**
 Je déclare, ainsi que mon conjoint, concubin ou partenaire de Pacs, posséder les biens immobiliers suivants :

Votre résidence principale			
Adresse..... .....		<input type="checkbox"/> occupée par : ..... <input type="checkbox"/> louée <input type="checkbox"/> libre Si ce bien est en indivision, préciser le nombre de propriétaires : .....	
Vos autres biens immobiliers (si le tableau ne suffit pas, joindre une liste complémentaire sur papier libre)			
Adresse du bien	Nature du bien (maison, terrain, appartement...)	Nombre de propriétaires si le bien est en indivision	Location
			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

 Je déclare, ainsi que mon conjoint, concubin ou partenaire de Pacs le cas échéant, ne posséder aucun patrimoine immobilier

**► BIENS MOBILIERS ET CAPITAUX DE VALEUR NON PLACES DU FOYER**
 Je déclare, ainsi que mon conjoint, concubin ou partenaire de Pacs le cas échéant, posséder des biens mobiliers et/ou capitaux non placés de valeur : (si le tableau ne suffit pas, joindre une liste complémentaire sur papier libre)

Nature du bien (ex : œuvres d'art, voiture de luxe, etc.)	Montant / valeur estimée (en €)

 Je déclare, ainsi que mon conjoint, concubin ou partenaire de Pacs le cas échéant, ne posséder aucun bien mobilier ni capitaux non placés de valeur

**En complément de votre demande d'APA souhaitez-vous solliciter le bénéfice de la Carte Mobilité Inclusion ? (CMI). Si oui, souhaitez-vous la CMI avec la mention :**Priorité  oui  nonStationnement  oui  nonInvalidité  oui  non

Un certificat médical de moins de 6 mois est obligatoire (CM de la MDPH ou CM fourni dans le cadre de l'APA) pour toute demande de CMI.  
Pour plus d'information sur la CMI consulter le site du Conseil départemental / Aides et services.

**J'ATTESTE SUR L'HONNEUR QUE :**

- les renseignements portés sur ce document sont exacts,
- je m'engage à informer l'organisme qui a constitué la demande ou le Conseil départemental concerné de toute modification de ma situation ainsi que celle des personnes vivant au foyer et à faciliter toute enquête,
- j'accepte, dans le cadre d'une demande qui nécessite une coordination éventuelle avec d'autres financeurs, que les éléments de ce dossier soient communiqués aux gestionnaires de ces prestations.

**LU ET APPROUVE, le .....** **Signature du demandeur ou de son représentant légal**  
*(Nom – Prénom en toutes lettres)*

Le traitement relatif à la demande d'allocation personnalisée d'autonomie (APA) en établissement pour les personnes âgées de 60 ans et plus est mis en œuvre par le Département des Yvelines représenté par son Président en exercice dans le but :

- d'instruire et d'évaluer la demande d'APA ;
- de réceptionner et d'accuser réception de la demande d'APA ;
- de vérifier la recevabilité, la complétude du dossier ;
- d'évaluer le besoin et formaliser une proposition ;
- de procéder à des enquêtes ;
- d'établir des statistiques de suivi.

Pour en savoir plus sur la gestion des vos données personnelles et pour exercer vos droits, reportez vous à la mention d'information en annexe.

**ENVOI DU DOSSIER AVEC LES JUSTIFICATIFS**

**Pour les personnes accueillies en établissement** (E.H.P.A.D., maison de retraite, résidence autonomie...) **qui, avant leur entrée, étaient domiciliées depuis plus de 3 mois :**

- **dans un département autre que les Yvelines :** envoyer directement le dossier au Conseil départemental de cet autre département

- **dans le département des Yvelines :** le dossier est à envoyer directement au Conseil départemental des Yvelines  
- DAMDA Pôle Gestion et Contrôle des Aides - 2 place André Mignot 78012 VERSAILLES Cedex

- copie carte nationale d'identité ou passeport de la Communauté Européenne
- pour les personnes de nationalité étrangère, hors Communauté Européenne : copie **recto verso** du titre de séjour en cours de validité
- copie du jugement de protection juridique le cas échéant (curatelle, tutelle...)
- copie du **dernier avis d'impôt sur les revenus** du demandeur (toutes les pages) et le cas échéant de son conjoint, de son concubin ou de son partenaire de Pacs ou celui sur lequel le demandeur figure à charge
- justificatifs de vos pensions de retraites personnelles et de réversion actuelles en cas de changement de situation familiale au moment de la demande
- pour les propriétaires, copie de l'avis d'impôt (toutes les pages) concernant la taxe foncière de chaque bien immobilier
- relevé d'identité bancaire/IBAN **au nom et prénom du demandeur**
- pour l'APA en établissement hors Yvelines :** arrêté de tarification des forfaits dépendance de l'année en cours, délivré par l'établissement d'accueil
- pour la CMI :** un certificat médical de moins de 6 mois, complété par le médecin traitant est obligatoire.

## ANNEXES MENTIONS D'INFORMATION

### Information sur le responsable de traitement

Le traitement relatif à la gestion de l'allocation personnalisée d'autonomie en établissement est mis en œuvre par le Département des Yvelines, représenté par son Président en exercice, domicilié au 2 place André Mignot, 78000 Versailles.

### Information sur la finalité et sur la base juridique du traitement des données

Les données collectées dans le cadre de ce traitement sont énumérées dans l'article R.232-41 du code de l'action sociale et des familles. Cet article énumère les données devant être collectées en distinguant celles relatives aux demandeurs et bénéficiaires de l'APA. En ce qui concerne les demandeurs et les bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie :

- a) Le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques (NIR) créé par le décret du 22 janvier 1982 relatif au répertoire national d'identification des personnes physiques et celui ou ceux qui lui auraient été précédemment attribués ou, pour les personnes en instance d'attribution d'un numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques, un numéro d'identification d'attente (NIA) ;
- b) L'identité de la personne : nom de naissance, le cas échéant nom d'usage, prénoms, sexe, date et lieu de naissance, le cas échéant date de décès ;
- c) L'adresse du lieu de résidence, et si elle est différente, celle du domicile habituel de la personne ;
- d) Le cas échéant, le département du domicile de secours de la personne ;
- e) La situation de famille de la personne ;
- f) Les catégories de ressources de la personne et leur montant ;
- g) Le cas échéant, le régime de protection juridique de la personne et l'identité et les coordonnées de la ou les personnes chargées à son égard d'une mesure de protection juridique avec représentation ;
- h) Le cas échéant, l'identité (nom de naissance, le cas échéant nom d'usage, prénoms) et les coordonnées (adresse postale et numéros de téléphone) des proches aidants ;
- i) Le cas échéant, le numéro d'identification au fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS) et les caractéristiques de l'établissement dans lequel elle est hébergée ;
- j) Les informations relatives à la première demande du bénéficiaire, à la décision d'attribution afférente, aux éventuelles demandes ultérieures d'allocation ou de révision, ainsi qu'à la cessation du droit ;
- k) Les informations relatives, le cas échéant, à la date et à la nature des recours amiables et contentieux engagés contre les décisions relatives à l'allocation personnalisée d'autonomie et aux suites qui leur sont données ;
- l) Les informations relatives aux évaluations prévues à l'article L. 232-6 dont la personne a bénéficié depuis sa première demande, incluant son classement en groupe-iso-ressource au regard de la grille fixée à l'annexe 2-1, la cotation des variables prévues par cette grille et les données recueillies dans le cadre de ces évaluations prévues par le référentiel fixé par l'arrêté pris en application de l'article L. 232-6 ;
- m) L'activité de l'équipe mentionnée à l'article L. 232-6, notamment en matière d'évaluation des situations et des besoins, d'instruction des demandes et de mise en œuvre des décisions prises, dont le nom et la fonction de chaque évaluateur ;
- n) La nature, le volume et les montants des aides prévues dans le plan d'aide notifié au bénéficiaire, ou attribuées le cas échéant à titre complémentaire au bénéficiaire par le conseil départemental ;
- o) Les montants versés, les modalités de leur versement, la nature des dépenses couvertes les volumes correspondants, et la participation financière du bénéficiaire pour les différentes aides humaines, aides non humaines régulières ou ponctuelles, et aides pour le répit ou le relais des proches aidants ;  
Le département collecte, tient à jour et conserve les données individuelles relatives :
  - Aux versements d'allocation personnalisée d'autonomie en établissement, à la nature des dépenses couvertes et aux caractéristiques et ressources de leurs bénéficiaires ;
  - Aux prestations servies en établissement, à la nature des dépenses couvertes et aux caractéristiques et ressources des bénéficiaires de l'aide sociale ;
  - A l'activité de l'équipe mentionnée à l'article L. 232-6, notamment en matière d'évaluation des besoins, d'instruction des demandes et de mise en œuvre des décisions prises.
  - les départements recourent au numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques bénéficiaires, dans des conditions prévues par un décret en Conseil d'Etat, après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

Vos données sont traitées dans le but d'attribuer, de gérer, de contrôler l'effectivité de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), ainsi que de réaliser des statistiques.

Cette collecte permet également au Département des Yvelines de :

- instruire et d'évaluer la demande APA ;
- réceptionner et d'accuser réception de la demande APA ;

- vérifier la recevabilité, la complétude du dossier ;
- apprécier la situation de l'usager et de son environnement pour procéder à l'ouverture et à l'évolution de ses droits à l'APA ;
- payer les bénéficiaires ainsi que les établissements et les prestataires qui interviennent à leur profit ;
- suivre les interventions réalisées auprès des bénéficiaires (historique des différentes demandes d'APA, date des évaluations médico-sociales, réorientation éventuelle vers des organismes de sécurité sociale) ;
- éditer des listes pour soutenir le travail d'instruction et de suivi des dossiers : publipostage, identification des dossiers présentant une échéance proche (renouvellement du plan d'aide par exemple), nombre de bénéficiaires par secteur, par prestataire ou par établissement ;
- procéder à des études statistiques sur les prestations et les allocataires : réponses aux questionnaires nationaux de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), réalisation de tableaux de bord internes dans une optique de pilotage et d'adaptation des politiques, études sur les bénéficiaires (notamment dans le cadre de la réalisation et de l'évaluation des schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale).
- évaluer le besoin et formaliser une proposition ; et
- procéder à des enquêtes.

Le traitement de vos données est basé sur l'article 6(1)e du règlement général sur la protection des données (RGPD). Le traitement a pour base légale une « mission d'intérêt public ».

Obligation de fourniture des informations ainsi que les conséquences éventuelles de leur non-fourniture.

Le recueil des informations signalées par un astérisques sont obligatoires pour le traitement de votre dossier APA. Sans cette donnée, nous ne pourrions pas procéder à l'instruction de votre dossier APA.

Information sur la durée de conservation et les éventuels destinataires

Le Département des Yvelines conserve les données personnelles collectées pendant 5 ans après la sortie du dispositif. Puis, celles-ci sont détruites.

Elles sont réservées à l'usage de la Direction Autonomie Maison départementale de l'Autonomie du Département des Yvelines et ne peuvent être communiquées qu'au destinataire suivant en fonction de ses attributions :

- les agents du service des aides et de l'accès à l'autonomie (SAAA) pour la gestion des dossiers (10 personnes maximum) ;
- les organismes de sécurité sociale susceptibles d'accorder des aides de même nature pour éviter des doublons d'aide (prestation de compensation d'un handicap et majoration tierce personne dans le champ du handicap par exemple) ou pour assurer la continuité des dossiers (personnes en GIR 5-6 relevant des caisses de retraites) ;
- la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH), pour les dossiers suivis en commun.

Le traitement ne prévoit pas de prise de décision automatisée.

Information sur les éventuels transferts de données hors UE

Vos données ne font pas l'objet d'un transfert de données en dehors de l'Union Européenne.

Comment vous pouvez exercer vos droits sur les données vous concernant ?

Vous pouvez accéder et obtenir copie des données vous concernant, vous opposer au traitement de vos données ou les faire rectifier. Vous disposez également d'un droit à la limitation du traitement de vos données.

Le Département des Yvelines a nommé auprès de la CNIL une Déléguée à la Protection des Données, que vous pouvez contacter à l'adresse suivante afin d'exercer vos droits ou pour toutes questions relatives à la protection de vos données : [dpo@yvelines.fr](mailto:dpo@yvelines.fr), ou par courrier à Déléguée à la protection des données (DPO), Hôtel du Département 2, place André Mignot 78012 VERSAILLES CEDEX.

Information sur la possibilité d'introduire une requête auprès de la CNIL

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits ne sont pas respectés ou que le dispositif de contrôle d'accès n'est pas conforme aux règles de protection des données, vous pouvez adresser une réclamation en ligne à la CNIL ou par voie postale. Consultez le site [cnil.fr](http://cnil.fr) pour plus d'informations sur vos droits.