

DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE (APA) EN ETABLISSEMENT

d'une personne âgée de plus de 60 ans accueillie en EHPAD ou USLD

ÉTAT CIVIL

	Demandeur	Conjoint, concubin ou personne avec laquelle le demandeur a conclu un Pacte civil de solidarité (PACS) <i>(obligatoire si le demandeur est en couple)</i>
Nom d'usage		
Nom de naissance		
Prénom(s)		
Date et lieu de naissance		
Nationalité		
Situation de famille	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Vie maritale <input type="checkbox"/> PACS <input type="checkbox"/> Veuf depuis le..... <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Séparé	
N° de Sécurité sociale <i>(obligatoire)</i>		
Préciser si le conjoint, ou le concubin ou la personne avec laquelle le demandeur a conclu un PACS réside : <input type="checkbox"/> à domicile <input type="checkbox"/> en structure d'hébergement		

MESURE DE PROTECTION

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

Si oui, de quel type ? : Sauvegarde de justice Curatelle Tutelle
 Habilitation familiale Mandat de protection future

Attention : joindre impérativement une copie du jugement

Nom et adresse du représentant légal (tuteur ou curateur ou organisme chargé de la gestion de la mesure) : _____

Téléphone : _____

Courriel : _____

PERSONNE RÉFÉRENTE

(personne qui rencontre très régulièrement le demandeur)

NOM et Prénom : _____

Adresse : _____

Lien avec le demandeur : _____ Téléphone : _____ Courriel : _____

Autorisez-vous le Département des Hauts-de-Seine à lui adresser les courriers relatifs à votre allocation ? OUI NON

ADRESSE DU DEMANDEUR

Nom et adresse de l'établissement dans lequel vous résidez actuellement :

Nom de l'établissement				
N° et rue	Code postal	Commune	N° de téléphone	Date d'entrée

Autre(s) établissement(s) fréquenté(s) entre votre domicile et votre établissement actuel
(hospitalisation, EHPAD ou résidence autonomie) :

Nom de l'établissement	N° et rue	Code postal	Commune	Dates du séjour
				Du..... Au.....
				Du..... Au.....

Adresse du domicile antérieur à toute entrée en établissement (EHPAD, EHPA, Centre hospitalier...) :

N° et rue	Code postal	Commune	N° de téléphone
Date d'entrée : <input type="checkbox"/> depuis plus de 3 mois <input type="checkbox"/> depuis moins de 3 mois		Date de départ : _____	

S'agit-il	<input type="checkbox"/> de votre domicile personnel Si oui, êtes-vous : <input type="checkbox"/> propriétaire <input type="checkbox"/> locataire <input type="checkbox"/> hébergé(e)	<input type="checkbox"/> d'une résidence autonomie (ancien foyer-logement)	<input type="checkbox"/> d'un accueil par un particulier à titre onéreux (famille d'accueil)
-----------	---	---	---

AIDES EXISTANTES

(fournir la photocopie de la décision d'attribution)

Bénéficiez-vous :

- | | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|---|
| - de l'APA à domicile : | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | |
| - d'une aide ménagère à domicile prise en charge par : | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | |
| | | | - une caisse de retraite : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| | | | - l'aide sociale départementale : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| - de la prestation de compensation du handicap : | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | |
| - de l'allocation compensatrice pour tierce personne : | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | |
| - de la majoration pour aide constante d'une tierce personne versée par la Sécurité sociale : | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | |
| - de la prestation complémentaire pour recours à tierce personne : | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | |

Attention : l'APA n'est pas cumulable avec les aides citées ci-dessus.

Bénéficiez-vous de l'aide sociale à l'hébergement ?
(prestation cumulable avec l'APA en établissement. Pour tout renseignement,
merci de vous adresser au CCAS du domicile du bénéficiaire)

OUI NON Demande en cours

PATRIMOINE DU FOYER

(Renseignements à fournir par le demandeur et, le cas échéant, par le conjoint, le concubin ou la personne avec laquelle il a conclu un PACS)

RESSOURCES ANNUELLES DU FOYER

Merci de bien vouloir fournir la copie intégrale de l'avis d'imposition du couple ou de chaque conjoint en cas de vie maritale ou de pacs ou encore les 2 avis d'imposition en cas de situation partielle.

BIENS IMMOBILIERS DU FOYER

(À compléter si vous êtes propriétaire, propriétaire indivis ou usufruitier d'un ou de plusieurs biens immobiliers)

Je déclare ne posséder aucun patrimoine immobilier Je déclare posséder les biens immobiliers suivants :

Résidence principale	
Adresse : _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> bien occupé par le conjoint, le concubin, la personne avec laquelle le demandeur a conclu un PACS, un enfant ou un petit-enfant <input type="checkbox"/> bien occupé à titre gracieux par un tiers <input type="checkbox"/> bien loué <input type="checkbox"/> bien libre <input type="checkbox"/> si ce bien est en indivision, indiquer votre quote-part : <input type="checkbox"/> bien vendu le :

Résidences secondaires non-louées (biens immobiliers bâtis ou non bâtis)				
Nature du bien	Adresse		Quote part pour les biens en indivision	Bien vendu le (indiquer la date)

Déterminez-vous des parts dans une SCPI produisant des revenus fonciers OUI NON

En cas de biens supplémentaires, fournir les renseignements correspondants sur une feuille libre.

BIENS MOBILIERS ET CAPITAUX NON-PLACES

Si le demandeur et/ou son conjoint (marié, pacsé, concubin) possèdent des biens mobiliers et des capitaux non placés de valeur, les déclarer dans le tableau suivant en précisant leur montant ou leur valeur estimée :

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

Si le tableau ne suffit pas, il est possible de joindre au dossier une liste complémentaire sur une feuille libre

Demande de Carte Mobilité Inclusion (CMI)

Le bénéfice de cette carte est prévu à l'article L241-3 du Code de l'action Sociale et des familles (CASF)

Je souhaite bénéficier de la Carte Mobilité Inclusion (CMI)

Si vous êtes en GIR 1 ou 2, vous pourrez bénéficier d'une CMI comportant les mentions « Invalidité » et « Stationnement ».
Si vous êtes en GIR 3 ou 4, vous pourrez bénéficier d'une CMI comportant les mentions « Priorité » et « Stationnement ».

Je soussigné(e), _____ agissant :

en mon nom propre

en ma qualité de représentant légal désigné par le juge des tutelles

certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant dans ce dossier de demande d'APA.

Je suis tenu(e) d'informer, dans les meilleurs délais, le Département des Hauts-de-Seine, de tout changement ultérieur de situation.

Je m'engage à fournir toutes les pièces justificatives demandées.

Je suis informé(e) que toute fausse déclaration ou falsification de document, toute obtention usurpée d'un droit, m'expose à des sanctions pénales et financières en application des articles 313-1, 313-7 et 313-8 du Code pénal, ainsi que, le cas échéant, à la récupération par le Département des sommes indûment perçues.

Fait à _____ le ____ / ____ / 20 ____

Signature du demandeur
ou de son représentant légal

Le dossier de demande d'Allocation personnalisée d'autonomie sera déclaré complet à condition que celui-ci soit dûment complété, daté et signé par le bénéficiaire ou son représentant légal et que les justificatifs obligatoires cités ci-dessous soient joints à la demande.

PIÈCES OBLIGATOIRES

- Pour les personnes de nationalité française : la photocopie de la carte nationale d'identité, ou du passeport, ou d'un extrait d'acte de naissance, ou enfin du livret de famille
- Pour les personnes étrangères ressortissantes de l'Espace Economique Européen : la photocopie intégrale de la carte nationale d'identité ou du passeport en cours de validité
- Pour les personnes étrangères non ressortissantes de l'Espace Economique Européen : la photocopie intégrale de la carte de résidence ou du titre de séjour en cours de validité
- La copie intégrale du dernier avis d'imposition ou de non-imposition à l'impôt sur le revenu (les 2 feuilles recto-verso) du demandeur et de son conjoint ou de son concubin ou de la personne avec laquelle il a conclu un PACS :
Si la demande est déposée entre janvier et août de l'année en cours N, il s'agit de l'avis d'imposition de l'année N-1
Si la demande est déposée entre septembre et décembre de l'année en cours N, il s'agit de l'avis d'imposition de l'année N
- Si le demandeur ou son éventuel conjoint, concubin ou partenaire de pacte civil de solidarité (PACS) sont propriétaires de résidences secondaires non-louées : la copie intégrale (sauf les pages de notice explicative) du dernier avis de taxes foncières pour chaque bien non-loué, bâti ou non bâti.
- La copie d'un justificatif de domicile datant de moins de trois mois avant l'entrée en établissement
- Un bulletin signé de l'établissement mentionnant la date d'entrée

Pour le paiement de l'APA, les personnes résidant dans un établissement situé en dehors des Hauts-de-Seine devront transmettre :

- Un relevé d'identité bancaire au nom de l'établissement d'accueil précisant les codes IBAN/BIC. **Le versement de l'APA à l'établissement est privilégié afin d'assurer un traitement plus rapide des dossiers** et vous éviter de rembourser des sommes qui vous seraient éventuellement trop versées par la suite.
- Ou un relevé d'identité bancaire au nom du demandeur précisant les codes IBAN/BIC. **Vous vous engagez à régler le tarif dépendance directement auprès de l'établissement d'accueil.**

PIÈCES COMPLÉMENTAIRES

- La photocopie du jugement concernant la protection juridique
- Le certificat médical pour demander l'APA avec ou sans demande de CMI (facultatif).

Si en votre possession :

- Attestation du degré de dépendance : grille AGGIR
- Arrêté de tarification de l'établissement

Ce dossier doit être adressé à :

CONSEIL DEPARTEMENTAL DES HAUTS-DE-SEINE
Direction de l'Autonomie – Unité Etablissements
92731 Nanterre Cedex

Protection des données à caractère personnel

Les traitements des dossiers d'aide sociale départementale sont informatisés. Ils sont donc soumis aux dispositions de la loi « Informatique et libertés » N° 78-17 du 6 janvier 1978 qui protège les droits et libertés individuels.

En tout état de cause, les personnes concernées ont un droit d'accès et de rectification sur les informations nominatives stockées ou traitées informatiquement. Pour exercer ce droit, vous devez vous adresser, en justifiant de votre identité, à la Direction de l'Autonomie - Service des Prestations aux personnes âgées - 92731 Nanterre Cedex.

Pour plus d'informations sur la politique menée par le Département des Hauts-de-Seine en faveur de la protection des données à caractère personnel, une notice est à votre disposition sur le site www.hauts-de-seine.fr et dans le hall d'accueil du Conseil départemental des Hauts-de-Seine