

Cadre réservé aux services départementaux :

Date de dépôt : _____ Date de dossier complet : _____

Questionnaire médical transmis au secrétariat médical le : _____

N° de dossier : _____

Commune : _____



DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE (APA) A DOMICILE

Code de l'action sociale et des familles notamment : Articles L 231-1 et suivants et R 231-1 et suivants

➤ **TOUT DOSSIER NON SIGNÉ NE POURRA FAIRE L'OBJET D'UNE ÉTUDE**

Les renseignements ci-dessous concernent la personne qui demande à bénéficier de l'APA.

NOM D'USAGE : _____

PRENOM(S) : _____

ADRESSE ACTUELLE : _____

ETAGE : _____ **PORTE :** _____ **DIGICODE :** _____

DATE D'ARRIVEE A L'ADRESSE ACTUELLE : _____

TELEPHONE FIXE : _____ **TELEPHONE PORTABLE :** _____

ADRESSE MAIL : _____

Précisez s'il s'agit :

- de votre domicile
- d'un accueil familial chez un particulier à domicile à titre onéreux (loi du 10 juillet 1989)
- d'un hébergement chez un membre de votre famille ou autre
- d'un hébergement en résidence autonomie ou foyer logement
- autre : _____

VOUS RESIDEZ : dans une résidence autonomie, un établissement pour personnes âgées, chez un membre de votre famille ou chez un particulier à domicile à titre onéreux, précisez :

1. l'adresse précédente : _____

2. date d'arrivée de cette précédente adresse (jour/mois/année)

3. date de départ de cette précédente adresse (jour/mois/année)

ETAT CIVIL (A REMPLIR OBLIGATOIREMENT)

	VOUS-MEME	VOTRE CONJOINT, CONCUBIN OU PACS
Nom de naissance		
Prénom(s)		
Date de naissance		
Lieu de naissance		
N° de Sécurité Sociale		
Nationalité	<input type="checkbox"/> française <input type="checkbox"/> U.E.E <input type="checkbox"/> autre	<input type="checkbox"/> française <input type="checkbox"/> U.E.E <input type="checkbox"/> autre
Situation professionnelle	<input type="checkbox"/> retraité(e) <input type="checkbox"/> salarié(e) <input type="checkbox"/> autre	<input type="checkbox"/> retraité(e) <input type="checkbox"/> salarié(e) <input type="checkbox"/> autre
Situation de famille	<input type="checkbox"/> marié(e) <input type="checkbox"/> pacsé(e) <input type="checkbox"/> divorcé(e) <input type="checkbox"/> veuf(ve) <input type="checkbox"/> concubin(e) <input type="checkbox"/> célibataire Depuis le	
Régime de retraite principale (CNAV, MSA, CNRACL, SNCF, EDF, etc.)		
Régime de retraite complémentaire (AGIRC, ARRCO, Réunica...)		

RESSOURCES ET PATRIMOINE DORMANT DU FOYER (A REMPLIR OBLIGATOIREMENT)

➤ **Votre patrimoine mobilier et vos capitaux non placés (dont assurance vie).**

Je déclare ne posséder aucun patrimoine mobilier

Je déclare posséder les biens suivants :

Capitaux hors compte courant (ex : assurance vie, livret d'épargne, œuvre d'art)	Montant pour vous-même	Montant pour votre conjoint, concubin, ou pacs
	€	€
	€	€
	€	€
	€	€

La rubrique ci-dessous ne concerne pas votre résidence principale si elle est occupée par vous-même, votre conjoint, votre concubin, la personne avec laquelle vous avez conclu un PACS, vos enfants ou petits-enfants).

➤ **Votre patrimoine immobilier (uniquement si vous possédez une résidence secondaire et/ou un terrain).**

Je déclare ne posséder aucun patrimoine immobilier

Je déclare posséder les biens suivants :

Nature (bâti, non bâti, appartement, pavillon...)	Adresse(s)

PERCEVEZ-VOUS D'AUTRES ALLOCATIONS ?

ATTENTION : L'APA n'est pas cumulable avec les aides suivantes : la PCRTP, l'ACTP, la MTP, la PCH, ni avec la prestation d'aide-ménagère versée par le Conseil départemental.

➤ la Prestation Complémentaire pour Recours à Tierce Personne (PCRTP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
➤ l'Allocation Compensatrice Tierce Personne (ACTP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
➤ la Majoration Tierce Personne (MTP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
➤ la Prestation de Compensation du Handicap (PCH)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
➤ l'aide-ménagère au titre de l'aide sociale versée par le Conseil départemental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
➤ l'aide-ménagère versée par votre caisse de retraite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
➤ la téléassistance prise en charge par le Conseil départemental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
➤ le portage de repas à domicile pris en charge par le Conseil départemental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
➤ l'APA à domicile d'un autre département	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, précisez : _____

PERSONNE DE CONFIANCE (Art L 1111-6 du code de la santé publique)

(A contacter en cas de nécessité et/ou pour m'assister en cas de besoin)

M./ Mme. : _____

Adresse : _____

Téléphone fixe : _____ Téléphone portable : _____

Adresse mail : _____

Statut : Tuteur, Curateur Conjoint Enfant Petit-enfant
 Frère, Sœur, Neveu, Nièce, Ami, Autre, précisez : _____

J'autorise l'envoi de toute correspondance concernant mon dossier à la personne ci-dessus désignée, si elle en fait la demande par écrit.

MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE

Le demandeur fait-il l'objet d'une mesure de protection ? oui non

Si OUI, joindre une copie du jugement et préciser :

Sauvegarde de justice Tutelle Curatelle

Si NON, y-a-t-il une demande de mesure de protection en cours ? oui non

déposée le : _____

CNIL – Commission Nationale Informatique et Liberté

Les traitements relatifs à cette demande sont informatisés. Ils sont donc soumis aux dispositions de la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 qui protège les droits et libertés individuelles. Conformément à l'article 27 de cette loi, les personnes auprès desquelles sont recueillies des informations nominatives, sont informées que :

1 : toutes les réponses aux différents questionnaires sont obligatoires. Un défaut de réponse entraînera des retards ou une impossibilité d'instruction du dossier

2 : les destinataires des informations collectées sont exclusivement les administrations et organismes habilités à connaître des dossiers d'aide à domicile ou en établissement

3 : en tout état de cause, les personnes concernées ont un droit d'accès et de rectification des informations nominatives stockées ou traitées informatiquement. Pour l'exercice de ce droit, il convient de vous adresser selon la prestation dont vous bénéficiez en justifiant votre identité à :

Monsieur le Président du Conseil départemental - 2 avenue du Parc – CS 20201 CERGY – 95032 CERGY PONTOISE CEDEX

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) (Nom, prénom) : _____

- agissant en mon propre nom
 en ma qualité de représentant légal

certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus qui sont fournis dans le cadre de ma demande d'APA à domicile.

Je suis tenu(e) d'informer le Conseil départemental de tout changement de situation dans les meilleurs délais et 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 prévues par la Loi (articles L 433-19, L 441-7, L 313-1 et L 313-3 du Code Pénal).

Fait à _____ le _____

Signature du bénéficiaire ou du représentant légal*

(*) En cas d'incapacité de signer du demandeur et en l'absence de mesure de protection, fournir un certificat médical attestant l'incapacité de signer du demandeur.

J'autorise la transmission de mon dossier aux caisses de retraite en cas de rejet

NOTA BENE :

-L'APA n'est récupérable ni sur la succession du bénéficiaire, ni sur les donataires.

-En cas de difficultés pour remplir votre dossier, vous pourrez joindre les services départementaux de 9 h 00 à 12 h 00, au numéro suivant : 01 34 25 35 73.

-Le dossier **complet** devra nous être retourné à l'adresse située en bas de page.

Pièces justificatives à fournir impérativement :

- Photocopie d'un justificatif d'identité (carte nationale d'identité, passeport, extrait d'acte de naissance ou livret de famille) **OU** pour les ressortissants hors union européenne, carte de résidence ou titre de séjour **en cours de validité**.
- Photocopie du dernier avis d'imposition ou de non imposition à **l'impôt sur le revenu dans son intégralité** du demandeur ou du couple pour les personnes vivant maritalement, pacsées ou en concubinage.
- Photocopie le cas échéant du **dernier avis d'imposition relatif aux taxes foncières** sur les propriétés bâties et/ou non bâties (ne concerne pas la résidence principale).
- Un relevé d'identité bancaire ou postal **au nom du demandeur** ou compte joint (M. ou Mme). Attention, pas de versement sur un compte rémunéré (ex. : Livrets A & B, Livret de Développement Durable).
- Photocopie le cas échéant du jugement de tutelle ou curatelle accompagné d'un relevé d'identité bancaire ou postal portant la mention (sous tutelle ou sous curatelle).
- En cas de veuvage récent ou durant l'année civile de référence, fournir les retraites personnelles (principale, complémentaire), les reversions, ainsi que les deux situations partielles des avis d'imposition.

Pièces justificatives complémentaires :

- Attestation d'hébergement.
- Photocopie de l'attestation d'entrée en résidence autonomie ou en établissement pour personnes âgées indiquant la date d'entrée.
- Grille AGGIR (certificat médical, questionnaire médical) complétée par le médecin traitant.
- Si enfant(s) scolarisé(s) à charge : fournir le(s) certificat(s) de scolarité en cours.
- Photocopie du dernier relevé annuel de votre assurance vie.