



Cadres réservés au Conseil départemental

Cachet d'arrivée
dans le P.S.H.

N° dossier ASG:
N° de foyer :

DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE (APA)

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

A DOMICILE

(cocher la case correspondante)

EN ETABLISSEMENT (pour vos frais de dépendance)

Nom et Prénom : _____

Vous êtes : célibataire marié(e) vie de couple veuf(ve) séparé(e) divorcé(e)

(Cocher la case correspondante)

Depuis le _ _ / _ _ / _ _ (A COMPLETER OBLIGATOIREMENT)



ADRESSES DU DEMANDEUR

VOTRE ADRESSE ACTUELLE :

Date d'arrivée à cette adresse (**à compléter obligatoirement**) : _ _ / _ _ / _ _

Téléphone : _____

Mail : _____

PRECISER S'IL S'AGIT :

1/ De votre domicile personnel ; **SI OUI, ETES-VOUS :**

Propriétaire Locataire Hébergé(e) chez :
M.....

2/ D'un foyer logement (*)

3/ D'une famille d'accueil agréée (*)

4/ D'un établissement (*) (EHPAD, Maison de retraite)

(*) **Indiquer ci-contre l'adresse du domicile antérieur (à compléter obligatoirement) :**

VOS ADRESSES PRECEDENTES :

A compléter obligatoirement si vous avez changé d'adresse depuis moins de 3 mois ou si vous êtes hébergé(e) en foyer-logement, en famille d'accueil agréée ou en établissement (*)

Date d'arrivée (A COMPLETER) : _ _ / _ _ / _ _

Date de départ (A COMPLETER) : _ _ / _ _ / _ _

Date d'arrivée (A COMPLETER) : _ _ / _ _ / _ _

Date de départ (A COMPLETER) : _ _ / _ _ / _ _

Date d'arrivée (A COMPLETER) : _ _ / _ _ / _ _

Date de départ (A COMPLETER) : _ _ / _ _ / _ _



ETAT CIVIL

	Vous-même	Votre conjoint(e) /concubin(e)/ partenaire de Pacs
Nom d'usage ou marital		
Nom de naissance		
Prénom(s)		
Date et Lieu de naissance		
Nationalité :	<input type="checkbox"/> Française <input type="checkbox"/> Communauté Européenne <input type="checkbox"/> Autre nationalité	<input type="checkbox"/> Française <input type="checkbox"/> Communauté Européenne <input type="checkbox"/> Autre nationalité
N° de Sécurité Sociale		
Régime de retraite principal		
Préciser si votre conjoint(e), concubin(e) ou partenaire de Pacs réside : <input type="checkbox"/> à votre domicile <input type="checkbox"/> en structure hébergement S'il ne réside pas à votre domicile, indiquer ses coordonnées (adresse, téléphone, mail) :		



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

NOM ET PRENOM DU REPRESENTANT LEGAL :

Adresse :

..... téléphone@.....

LES PERSONNES QUI VOUS RENCONTRENT TRES REGULIEREMENT :

Nom et Prénom

Adresse :

.....

Lien avec vous-même téléphone@.....

.....

Nom et Prénom :

Adresse :

.....

Lien avec vous-même téléphone@.....

NOM ET PRENOM DE VOTRE MEDECIN TRAITANT :

Adresse :

..... téléphone@.....



NOM ET PRENOM DE LA PERSONNE DESTINATAIRE DE VOTRE COURRIER :

Adresse :

Lien avec vous-même téléphone@.....



AUTRES AIDES PERÇUES non cumulables avec l'APA.-(A COMPLETER OBLIGATOIREMENT)

TYPES D'AIDE	MONTANT	DATE DE FIN
Majoration pour aide constante d'une tierce personne	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _
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 ou mon concubin, 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, nombre de propriétaires :	
Vos autres biens immobiliers			
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
			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

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



Annexe

Tableau récapitulatif des capitaux mobiliers concernant le foyer (Monsieur et Madame)

**A joindre impérativement à la demande d'allocation personnalisée d'autonomie
(APA)**

(Articles L132-1, L232-4, L232-8 et R232-5 du code de l'action sociale et des familles)



RELEVÉ DES CAPITAUX MOBILIERS DU FOYER au 31/12/20__

(préciser l'année de référence)

Ce relevé est à renseigner pour Monsieur et Madame

NOM – Prénom(s) du demandeur d'APA :

Dossier ASG n° (si connu)

A retourner par le demandeur ou son représentant légal **avec les justificatifs annuels délivrés par les organismes financiers :**

Conseil départemental des Yvelines
Direction Autonomie et Santé, Pôle Senior et Handicap
2, Place André Mignot -78012 Versailles cedex

PRODUITS FINANCIERS <i>(Joindre les justificatifs)</i>	MONTANT DU CAPITAL dont intérêts (en €)	
	Monsieur	Madame
- Assurances-vie		
- Plan d'Epargne Populaire		
- Plan d'Epargne Retraite Populaire (PERP)		

Date.....

Cachet de la Banque ou signature du représentant légal ou du demandeur