

Dossier de demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)

S'agit-il d'une demande d'APA :

- à domicile
- en établissement
- en famille d'accueil

Attention imprimé à remplir au stylo bille noir

Demandeur	
<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur	
NOM et Prénom Nom de jeune fille
Adresse actuelle Depuis le	N° et voie : Commune.....Code postal Canton.....
Adresse précédente (à renseigner pour les personnes résidant en Charente depuis moins de 3 mois)	Date d'arrivée :Date de départ : N° et voie : CommuneCode postal
Vous étiez :	<input type="checkbox"/> propriétaire <input type="checkbox"/> locataire <input type="checkbox"/> hébergé à titre gratuit <input type="checkbox"/> en viager <input type="checkbox"/> en famille d'accueil agréée <input type="checkbox"/> en établissement pour personnes âgées
N° téléphone	
Coordonnées de la personne référente à contacter pour la visite d'évaluation à domicile	
NOM et Prénom (lien)	
Adresse	N° et voie : Commune.....Code postal
N° de téléphone	
Adresse électronique@.....
Mentionner le cas échéant, l'existence d'une mesure de protection juridique	
<input type="checkbox"/> tutelle <input type="checkbox"/> curatelle <input type="checkbox"/> sauvegarde de justice	
Nom et adresse du tuteur ou de l'association chargée de la mesure (joindre copie du jugement)	
Coordonnées du médecin traitant du demandeur	
NOM et Prénom	
Adresse	N° et voie : Commune.....Code postal
N° de téléphone	

Si vous souhaitez que votre médecin traitant assiste à la visite, il vous appartient de le prévenir.

A RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DEMANDEUR

Demandeur	<input type="checkbox"/> Conjoint(e)	<input type="checkbox"/> Concubin(e)	<input type="checkbox"/> Pacsé(e)
NOM :	NOM :		
Prénom :	Prénom :		
Nom de jeune fille :	Nom de jeune fille :		
Date de naissance :	Date de naissance :		
Lieu de naissance :	Lieu de naissance :		
Nationalité :	Nationalité :		
Date d'arrivée en France :	Date d'arrivée en France :		
N° sécurité sociale + clé :/.....	N° sécurité sociale + clé :/.....		
Situation familiale :	Situation familiale :		
Etes-vous retraité(e) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Etes-vous retraité(e) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Si oui, précisez votre régime de retraite principal :	Si oui, précisez votre régime de retraite principal :		

Votre conjoint(e)/concubin(e)/pacsé(e) demeure **à votre domicile** **à une autre adresse**
Précisez.....

B RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES REVENUS ET PATRIMOINE DU DEMANDEUR

L'appréciation des ressources permettant le calcul de votre participation s'effectuera principalement à partir de votre dernier avis d'imposition ou de non imposition à l'impôt sur le revenu, du relevé de la taxe foncière sur les propriétés bâties et non bâties et sur vos assurances-vie.

1) Ressources ne figurant pas dans l'avis d'imposition ou de non imposition à l'impôt sur le revenu (à remplir uniquement par les personnes destinataires d'une attestation bancaire annuelle)

Avez-vous des revenus soumis au prélèvement libératoire en application de l'article 125 A et 125 D du Code général des impôts ? Oui Non

Si oui, montant à préciser pour le demandeur :

Montant à préciser pour son conjoint, son concubin ou la personne avec laquelle il a conclu un Pacte civil de solidarité (PACS) :

2) Allocations

Percevez-vous :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prestation de compensation du handicap (PCH)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prestation complémentaire pour recours à tierce personne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aide-ménagère au titre de l'aide sociale départementale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aide-ménagère versée par les caisses de retraite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Majoration pour aide constante d'une tierce personne (MTP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Attention : aucune de ces prestations n'est cumulable avec l'allocation personnalisée d'autonomie.

3) Patrimoine dormant (à renseigner par le demandeur, et le cas échéant, son conjoint, son concubin ou la personne avec laquelle il a conclu un PACS) :

Assurance-vie

Avez-vous souscrit des contrats d'assurance-vie ? Oui Non

Si oui, fournir les derniers relevés.

N° de contrat(s)

Organisme(s)

Montant(s)

Biens immobiliers

Possédez-vous des biens immobiliers ? Oui Non

Ne pas déclarer la résidence principale si celle-ci est occupée par le demandeur, son conjoint, son concubin ou la personne avec laquelle il a conclu un pacte civil de solidarité, ses enfants ou petits enfants.

Si oui, remplir le cadre ci-contre :

Nature ❶	Adresse précise	Valeur estimée en € ❷

Pièces à joindre : extrait de matrice cadastrale, taxe foncière, taxe d'habitation.

❶ Exemples : bâti et non bâti.

❷ Zone à compléter obligatoirement (indiquée dans le dernier relevé de la taxe foncière sur les propriétés bâties et non bâties)

Si nécessaire, veuillez joindre une liste complémentaire sur papier libre.

Biens mobiliers et capitaux non placés

Possédez-vous des biens mobiliers ? Oui Non

Si oui, précisez la nature et la valeur du bien (par exemple : oeuvre d'art...)

Nature	Valeur estimée en € ❶

❶ Ne pas déclarer les capitaux placés, y compris ceux exonérés d'impôts (livret A, livret de développement durable, plan d'épargne logement, plan d'épargne en actions...), qui ne constituent pas du patrimoine dormant.

Si nécessaire, veuillez joindre une liste complémentaire sur papier libre.

C DEMANDE SIMPLIFIÉE D'UNE CARTE D'INVALIDITÉ ET D'UNE CARTE DE STATIONNEMENT

Souhaitez-vous bénéficier de la carte d'invalidité prévue à l'article L. 241-3 du Code de l'action sociale et des familles (CASF) : Oui Non

Souhaitez-vous bénéficier de la carte de stationnement prévue à l'article L. 224-3-2 du CASF : Oui Non

D RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PROCHES

Informations sur les personnes résidant ou entretenant avec vous des liens étroits et stables, et qui vous viennent en aide de manière régulière et fréquente.

Nom et prénom de votre ou de vos aidants :

Âge(s) :

Lieu de résidence de votre ou de vos aidants :

Nature de votre lien avec votre ou vos aidants :

Nature de l'aide apportée (par exemple : accompagnement dans les déplacements à l'extérieur de votre domicile, courses...)

Durée et périodicité approximatives de cette aide pour une journée ou une semaine ou un mois (selon ce qui vous paraît le plus pertinent) :

E TRANSMISSION D'INFORMATIONS (OBLIGATOIRE)

En cas de rejet de l'allocation personnalisée d'autonomie, autorisez-vous la transmission de votre dossier à votre caisse de retraite pour qu'il soit procédé à l'étude de vos droits au titre de l'aide ménagère ? Oui Non

En cas de besoin, autorisez-vous la transmission des éléments relatifs à l'évaluation médico-sociale aux institutions et professionnels compétents ? Oui Non

F DISPOSITIONS RELATIVES À LA LOI « INFORMATIQUE ET LIBERTÉS » DU 6 JANVIER 1978

Les renseignements portés sur ce formulaire font l'objet d'un traitement informatique. Ils sont donc soumis aux dispositions de la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 qui protègent les droits et libertés individuels. Conformément à l'article 27 de cette loi, les personnes auprès desquelles sont recueillies les informations nominatives sont informées que :

1 – Toutes les réponses aux différents questionnaires sont obligatoires. Un défaut de réponse entraînera des retards ou une impossibilité dans l'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 et traitées informatiquement.

Pour l'exercice de ce droit, il convient de vous adresser, en justifiant de votre identité à : Monsieur le Président du Conseil départemental.

Je soussigné(e) M. , M^{me}
agissant en mon nom propre ou en qualité de représentant(e) légal(e) du demandeur,
certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus.

Fait àle

Signature

Conformément à l'article L. 232-16 du Code de l'action sociale et des familles, pour vérifier les déclarations des intéressés, les services chargés de l'évaluation des droits à l'allocation personnalisée d'autonomie peuvent demander toutes les informations nécessaires aux administrations publiques, notamment aux administrations fiscales, aux collectivités territoriales, aux organismes de sécurité sociale et de retraite complémentaire qui sont tenus de les leur communiquer.

Le fait de percevoir ou de tenter de percevoir frauduleusement des prestations au titre de l'aide sociale est puni des peines prévues par les articles 313-1, 313-7 et 313-8 du Code pénal (article L. 133-6 du Code de l'action sociale et des familles).

PIÈCES OBLIGATOIRES À JOINDRE AU DOSSIER DUMENT COMPLÉTÉ :

Le dossier ne sera déclaré complet qu'au vu des pièces justificatives suivantes à joindre à la demande :

- a) La photocopie du livret de famille ou de la carte nationale d'identité ou d'un passeport d'un Etat membre de l'Union européenne ou extrait d'acte de naissance ; ou la photocopie de la carte de résidence ou du titre de séjour ;
- b) La photocopie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition à l'impôt sur le revenu : pour une demande déposée entre janvier et août de l'année n, fournir l'avis d'imposition ou de non-imposition de l'année n-2 ; de septembre à décembre, celui de l'année n-1 ;
- c) Le cas échéant, toute pièce justificative des biens ou capitaux relevant du patrimoine dormant (photocopie du dernier relevé des taxes foncières sur les propriétés bâties et sur les propriétés non bâties, relevé annuel d'assurance-vie...) ;
- d) Un relevé d'identité bancaire ou postal.
- e) APA en établissement :
 - La proposition du niveau de perte d'autonomie du résident est une pièce obligatoire à remplir par l'équipe médico-sociale de l'établissement sous la responsabilité du médecin coordonnateur ou, à défaut, par un médecin conventionné par l'assurance maladie.
 - Arrêté de tarification de l'établissement : si le département du domicile de secours n'est pas le département où le demandeur réside, le directeur de l'établissement doit fournir l'arrêté de tarification.

PIÈCES COMPLÉMENTAIRES :

•APA en établissement :

Autorisation de versement de l'APA à l'établissement : le demandeur a la possibilité d'autoriser l'établissement à percevoir directement l'APA pour le paiement de son tarif dépendance. Dans ce cas, joindre l'imprimé disponible dans l'établissement.