

# ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE (APA)

+++++

## Dossier de demande

APA à domicile

APA en établissement

NOM : \_\_\_\_\_

PRENOM(S) : \_\_\_\_\_

COMMUNE DE RÉSIDENCE : \_\_\_\_\_

### CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION :

Canton :

N° de dossier APA :

N° de dossier classothèque :

## > 1- Informations concernant le demandeur

<b>▶ Etat civil</b>	<b>Le demandeur</b>	<b>Le conjoint, le concubin ou partenaire de PACS</b>
<b>Nom</b>		
Nom de jeune fille		
Prénom(s)		
Date et lieu de naissance		
<b>Numéro de sécurité sociale</b>		
Nationalité	<input type="checkbox"/> Française <input type="checkbox"/> Ressortissant de l'Union Européenne <input type="checkbox"/> Autre	
<b>Situation familiale</b>	<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Concubin <input type="checkbox"/> Veuf <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> P.A.C.S. <input type="checkbox"/> Célibataire	
Conjoint en activité ?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Etes-vous retraité ?</b> Si oui, votre régime de retraite principal	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non .....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non .....

<b>▶ Adresse</b>	<b>Le demandeur</b>	<b>Le conjoint, concubin ou partenaire de PACS</b>
<b>Adresse actuelle complète</b>		(si différent)
<b>Téléphone</b> <b>Courriel</b> <b>Date d'entrée</b>		
L'adresse actuelle correspond :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
- à un Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)		
- au domicile d'un particulier accueillant familial (loi du 10 juillet 1989)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
- à une résidence autonomie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
- autre (à préciser)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non .....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non .....

<b>Adresses précédentes</b> (à remplir si l'intéressé est en établissement ou résidence autonomie ou en accueil familial)	Adresse	Date arrivée	Date départ

### ▶ Personnes à contacter en cas de besoin :

(Nom, prénom, adresse, téléphone, courriel, lien de parenté ou autre)

---



---



---



---

## ► Existence d'une mesure de protection juridique (joindre une copie du jugement)

Oui

Non

Demande en cours

Si oui, sauvegarde de justice

curatelle simple

curatelle renforcée

tutelle

Nom, adresse courriel et téléphone du tuteur ou de l'association chargée de la mesure :

## ► 2 - Renseignements concernant les revenus et le patrimoine du foyer

### ► Revenus

	Montant des ressources <b>ne figurant pas</b> dans l'avis d'imposition ou de non-imposition (avis de situation déclarative) à l'impôt sur le revenu <sup>(1)</sup>	Biens mobiliers et capitaux non placés (dont assurance vie) <sup>(2)</sup> Montant ou valeurs estimées
Le demandeur		
Le conjoint, le concubin ou le partenaire de PACS		

(1) Revenus soumis au prélèvement libératoire (articles 125-0 A et 125 D du Code général des impôts)

(2) 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, etc.) qui ne constituent pas du patrimoine dormant. En revanche, la valeur des contrats d'assurance vie, qui relèvent du patrimoine dormant, doit être déclarée.

### ► Biens immobiliers

Etes-vous propriétaire :

- de votre résidence principale :

Oui

Non

Joindre dernière taxe foncière

- d'autres biens bâtis ou non bâtis :

Oui

Non

Si oui, détaillez ci-dessous les biens bâtis ou non bâtis qui ne sont ni loués, ni exploités : joindre la dernière taxe foncière.

	Nature du bien (maison, terrain, appartement, etc.) <sup>(3)</sup>	Adresse du bien
Le demandeur		
Le conjoint, le concubin ou le partenaire de PACS		

(3) Ne pas déclarer la résidence principale occupée par le demandeur, son conjoint, son concubin ou la personne avec qui il a conclu un pacte civil de solidarité, ses enfants ou petits-enfants.

### ► Allocations perçues par le demandeur (au jour de la demande)

- Prestation de compensation du handicap (PCH)

Oui

Non

Montant mensuel :

- Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP)

Oui

Non

Montant mensuel :

- Majoration pour tierce personne (MTP)

Oui

Non

Montant mensuel :

- Prestation complémentaire pour recours à tierce personne (PC RTP)

Oui

Non

Montant mensuel :

Bénéficiez-vous déjà d'heures d'aide à domicile au titre :

- de l'aide sociale départementale

Oui

Non

- d'une caisse de retraite

Oui

Non

Nombre d'heures/mois :

Si oui, adresse et téléphone du service d'aide à domicile :

**Attention : l'APA n'est pas cumulable avec la PCH, l'ACTP, la MTP ou la PC RTP.**

## ► 3 - Demande simplifiée d'une carte mobilité inclusion (CMI)

Souhaitez-vous bénéficier :

- de la carte mobilité inclusion mention « invalidité » (art. L. 241-3 du CASF) :

Oui

Non

- de la carte mobilité inclusion mention « stationnement pour personnes handicapées » (art. L. 241-3 du CASF) :

Oui

Non

→ **Important** : l'attribution de droit et à titre définitif de l'une ou l'autre des ces cartes ne concerne que les demandeurs ayant obtenu le bénéfice de l'APA en GIR 1 ou en GIR 2.

## ➤ 4 - Renseignements concernant les proches aidants (facultatif)

Cette rubrique vise à apporter des premières informations sur les personnes de votre famille ou de votre entourage amical ou de voisinage qui vous apportent une aide dans la vie quotidienne, dénommés "aidants". Son remplissage est facultatif.

- Nom et prénom de votre ou de vos aidants :
- Age de votre ou de vos aidants :
- Lieu de résidence de votre ou de vos aidants :
- Nature de votre lien avec votre ou vos aidants :
- Nature de l'aide apportée (courses, aide aux déplacements à l'extérieur de votre domicile, etc.) :
- Durée et périodicité approximatives de cette aide pour une journée, une semaine ou un mois (selon ce qui vous paraît le plus pertinent) :

## ➤ 5 - Liste des pièces justificatives à joindre au dossier de demande

- Photocopie du livret de famille ou de la carte nationale d'identité ou d'un passeport de l'Union Européenne ou d'un extrait d'acte de naissance si le demandeur est de nationalité française ou ressortissant d'un des États membres de l'Union Européenne.
- Photocopie de la carte de résidence ou du titre de séjour si le demandeur est de nationalité étrangère non ressortissant d'un des États membres de l'Union Européenne.
- Copie du dernier avis d'imposition ou de non imposition (avis de situation déclarative) à l'impôt sur le revenu. En cas de pension alimentaire perçue, en préciser la nature (ex. conjoint, enfant...)
- Toute pièce justificative des biens ou capitaux relevant du patrimoine dormant (photocopies des dernières taxes foncières sur les propriétés bâties et sur les propriétés non bâties, relevé annuel d'assurance vie, etc.
- Justificatifs attestant la constitution d'une rente viagère par l'utilisateur ou sa famille, pour se prémunir contre le risque de perte d'autonomie.
- Copie du jugement en cas d'existence d'une mesure de protection juridique.
- Relevé d'identité bancaire ou postal.
- Personnes résidant en établissement : si l'établissement se situe hors du département, joindre l'arrêté de tarification de l'établissement (à demander à l'établissement).
- En cas d'hospitalisation en cours, bulletin de situation.

**Je soussigné(e)** \_\_\_\_\_  
**agissant en mon nom propre / en ma qualité de représentant (rayer la mention inutile) :**

- certifie sur l'honneur l'exactitude des informations fournies dans le cadre de la demande d'Allocation personnalisée d'autonomie (APA),
- est informé que le Département peut solliciter auprès des administrations publiques, notamment fiscales, organismes de sécurité sociale et de retraite complémentaire tous éléments permettant de vérifier l'exactitude de cette déclaration,
- reconnais avoir pris connaissance de la notice d'information relative au traitement et au partage informatique des données jointe au dossier.

Je suis informé(e) que, sans préjudice des actions en recouvrement des sommes indûment versées, le fait d'avoir frauduleusement perçu l'APA est puni des peines d'amende et d'emprisonnement prévues aux articles 313-1 à 313-3 du Code pénal.

**Ce dossier intégralement renseigné sera réputé complet une fois signé et accompagné des pièces justificatives.**

Fait à : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_

Signature :