

Document à retourner à :

CONSEIL DÉPARTEMENTAL de Loir-et-Cher
DGAS – DA-MDPH
Service Gestion des Droits PA/PH
Hôtel du Département
Place de la République
41020 BLOIS CEDEX
☎ 02 54 58 54 49
Fax : 02 54 58 43 86



Dossier n°

**DIRECTION GÉNÉRALE ADJOINTE DES SOLIDARITÉS
DIRECTION DE L'AUTONOMIE ET DE LA M.D.P.H**

**DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISÉE
D'AUTONOMIE (A.P.A.)**

A domicile

En établissement

L'attention du demandeur est appelée sur la nécessité de répondre le plus précisément possible à ce document et de joindre à l'appui des renseignements fournis, les pièces justificatives demandées afin de permettre l'instruction du dossier dans les délais impartis (voir page 5).

Cette demande sera instruite uniquement si le dossier est complet et signé.

PERSONNE CONCERNÉE :

NOM : PRÉNOM :

ADRESSE : Tél. :

COMMUNE de RÉSIDENCE :

CANTON :

DISPOSITIONS LÉGISLATIVES

Sans préjudice des paiements en restitution, quiconque aura frauduleusement bénéficié ou tenté de bénéficier de l'aide sociale, sera puni des peines prévues aux articles 313-1, 313-7 et 313-8 du code pénal (article L 133-6 du code de l'action sociale et des familles).
L'attribution de cette allocation ne met pas en jeu d'obligation alimentaire des ascendants et descendants définie par les articles 205 et 211 du code civil.

DISPOSITIONS RELATIVES A LA LOI DU 6 JANVIER 1978 MODIFIÉE EN 2004

Les informations recueillies sont nécessaires pour l'instruction de votre demande. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées aux services de la direction générale adjointe des Solidarités. En application de la loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à :

**Monsieur le Président du Conseil départemental de Loir-et-Cher
Direction Générale Adjointe des Solidarités
Hôtel du Département
Place de la République
41020 BLOIS CEDEX**

A - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE(S) DEMANDEUR(S)

	LE DEMANDEUR	LE CONJOINT, CONCUBIN OU PACSÉ
NOM (marital pour les femmes)	_____	S'il est aussi demandeur, cocher <input type="checkbox"/>
NOM de naissance	_____	_____
PRÉNOM	_____	_____
DATE ET LIEU DE NAISSANCE	_____	_____
N° de SECURITE SOCIALE	_____	_____
NATIONALITÉ (française, ressortissant de l'Union Européenne, autre...)	_____	_____
SITUATION DE FAMILLE (marié, divorcé, veuf, concubin, célibataire, pacs ...)	_____	_____
RÉGIME DE RETRAITE PRINCIPAL (indiquer s'il s'agit de la CRAM, MSA, AVA, CNAV, ORGANIC)	_____	_____
AUTRES CAISSES COMPLEMENTAIRES	_____	_____

Le/la conjoint(e), concubin(e), personne ayant conclu un pacs, est-il/elle : retraité(e) en activité
 et vit-il(elle) en établissement pour personnes âgées Oui Non

LIEU DE RÉSIDENCE ACTUELLE DU DEMANDEUR (mentionné en page 1 de ce document) :

- S'agit-il : du domicile personnel
 d'une résidence autonomie (ex-logement foyer ou MARPA)
 d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou unité de soins de longue durée
 d'un accueil par un particulier à domicile et à titre onéreux au titre de la loi du 10-07-1989 (si oui, date de début d'accueil :)
 d'un accueil à titre gratuit chez un parent ou ami

ADRESSES PRÉCÉDENTES DU DEMANDEUR :

(À remplir si le demandeur est en établissement, en résidence autonomie, ou s'il réside à l'adresse actuelle depuis moins de 3 mois)

Adresse	Date d'arrivée	Date de départ

En cas d'adresse précédente en établissement, mentionner également la dernière adresse de domicile personnel

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES :

■ Le demandeur (ou son conjoint) est-il : propriétaire locataire logé à titre gratuit usufruitier

■ Si le demandeur fait l'objet d'une mesure de : sauvegarde de justice tutelle curatelle

Préciser le nom et l'adresse de la personne ou de l'association chargée de la mesure et joindre une copie du jugement de protection : _____

B - RESSOURCES ANNUELLES DU FOYER

Renseignements à fournir en plus des documents de ressources

(Attention : l'A.P.A. n'est pas cumulable avec ces allocations)

Percevez-vous (ou votre conjoint) :

- l'allocation compensatrice pour tierce personne : OUI NON
- l'aide-ménagère au titre de l'aide sociale départementale : OUI NON nbre d'heures :
- l'aide ménagère versée par les caisses de retraite : OUI NON nbre d'heures :
- la majoration tierce personne au titre de votre régime de retraite (joindre justificatif) OUI NON
- autres : OUI NON

C - PATRIMOINE DU FOYER

INDIQUER "NÉANT" SI AUCUN BIEN IMMOBILIER

BIENS IMMOBILIERS

(Nature, adresse, et valeur locative)

BIENS MOBILIERS ET ÉPARGNE

Doivent obligatoirement être indiqués sur le formulaire (déclaration sur l'honneur) ci-joint

D- DEMANDE SIMPLIFIÉE D'UNE CARTE MOBILITÉ INCLUSION (CMI)

Souhaitez-vous bénéficier d'une CMI ? Oui Non

E – RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Nom et adresse du médecin traitant : _____

Souhaitez-vous que celui-ci soit consulté : OUI NON

MEMBRES DE LA FAMILLE OU PERSONNE À CONTACTER :

Nom (en majuscules)	.....	.....
Prénom	.....	.....
Lien de parenté	.....	.....
Adresse	.....	.....

N° de téléphone	.....	.....

Si vous souhaitez qu'une de ces personnes soit destinataire de tout courrier concernant votre dossier, vous voudrez bien le signaler.

Le demandeur soussigné ou son représentant autorise Monsieur le Président du Conseil départemental à transmettre son dossier à sa caisse de retraite principale au cas où il ne remplirait pas les conditions pour l'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie : OUI NON

Allocation personnalisée d'autonomie en établissement uniquement :

En principe, l'allocation personnalisée d'autonomie en établissement est versée directement à l'établissement.
Pour obtenir le versement à vous-même, veuillez cocher ci-dessous :

Versement direct

Je soussigné(e), _____, agissant :

en mon nom propre (*)

en ma qualité de représentant légal (tuteur) (*) de _____,

après avoir joint les pièces précisées ci-dessus, **certifie sur l'honneur** l'exactitude des renseignements, figurant dans ce document, fournis dans le cadre d'une demande d'allocation personnalisée d'autonomie.

(*) Rayer la mention inutile

Je reconnais avoir été informé(e) que,

- Les membres de l'équipe médico-sociale peuvent être amenés à échanger, avec les professionnels chargés d'assurer mon accompagnement social et médico-social, les informations qui sont nécessaires à l'évaluation de ma situation individuelle et à l'élaboration de mon plan d'aide.
- Le médecin de l'équipe médico-sociale du Conseil départemental peut être amené à partager des informations à caractère médical me concernant avec les professionnels de santé qui me suivent.

J'autorise un tel partage qui peut se faire par le biais de notes écrites, contacts téléphoniques ou mail (1)

Je refuse ce partage d'informations (1)

(1) Cocher la case correspondant à votre choix.

Fait à _____ le _____

Signature

de la personne concernée

de son représentant légal (tuteur)

F – RENSEIGNEMENT CONCERNANT LES PROCHES AIDANTS

Ce volet du dossier de demande vise à apporter les premières informations sur **les personnes de votre famille, de votre entourage amical ou de voisinage** qui vous apportent une aide dans la vie quotidienne qu'on dénommera « aidants » dans ce qui suit. Son remplissage est facultatif

A – RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

	AIDANT 1	AIDANT 2	AIDANT 3
Nom marital pour les femmes			
Nom de naissance			
Prénom			
Date de naissance			
Lieu de résidence			
Téléphone			
Nature du lien avec le demandeur de l'APA			

B – NATURE DE L'AIDE APPORTÉE AU DEMANDEUR DE L'APA

Par exemple : accompagnement dans les déplacements à l'extérieur de votre domicile, courses...
accompagnement dans les actes de la vie quotidienne (toilette, habillage, alimentation...)

	AIDANT 1	AIDANT 2	AIDANT 3
Nature de l'aide			
Durée et périodicité de l'aide apportée			

C – PERSONNES POUVANT APPORTER UN RELAI A L'AIDANT

.....
.....

D - EXPRESSION DE VOS BESOINS

.....
.....
.....

LISTE DES DOCUMENTS A FOURNIR OBLIGATOIREMENT

- copie du **livret de famille** régulièrement tenu à jour ou de la **carte nationale d'identité** ou un **extrait d'acte de naissance**,
- si vous êtes étranger, la photocopie de la **carte de résidence** ou du **titre de séjour**,
- photocopie intégrale du **dernier avis d'imposition ou de non-imposition sur le revenu** (le cas échéant, celui du concubin ou de la personne ayant signé un pacte civil de solidarité) et éventuellement, **l'ensemble de vos avis d'imposition** lors de situation partielle,
 - photocopie, le cas échéant, du **dernier avis d'imposition relatif à la taxe sur les propriétés bâties et non bâties**, à défaut, un relevé cadastral avec mention de la valeur locative (à demander en mairie), et/ou taxe d'habitation,
 - **déclaration sur l'honneur de détention ou de non-détention de valeurs, de titres, d'assurance-vie** (relevé annuel des assurances vie), **d'épargne**, par personne occupant le foyer (document joint),
 - **relevé d'identité bancaire du bénéficiaire de la prestation ou du tuteur**,
 - pour les personnes vivant à domicile, en résidence autonomie ou en famille d'accueil, le **certificat médical** rempli par votre médecin traitant, sous enveloppe cachetée (documents joints),
 - en cas d'existence d'une **mesure de protection juridique** (tutelle, curatelle, sauvegarde de justice), **photocopie du jugement correspondant**.