

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,
- **attestation de détention ou de non-détention de valeurs, de titres, d'assurance-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 foyer logement 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**.

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* de _____

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

* Rayer la mention inutile

Fait à _____ le _____

(Signature)

Document à retourner à :

CONSEIL GENERAL de Loir-et-Cher
DGAS - DPA
Service Droits et Prestations
Hôtel du Département
Place de la République
41020 BLOIS CEDEX
☎ 02 54 58 41 41
Fax : 02 54 58 43 86



Dossier n°

**DIRECTION GÉNÉRALE DES SERVICES – SOLIDARITÉS
DIRECTION DE LA PROMOTION DE L'AUTONOMIE**

**DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISEE
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 cette enquête 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 4).

Cette demande ne pourra être instruite que si le dossier est complet et signé.

PERSONNE CONCERNEE :

NOM : PRENOM :

ADRESSE : Tél. :

COMMUNE de RESIDENCE :

CANTON :

DISPOSITIONS LEGISLATIVES

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 MODIFIEE 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 Général 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 OU LA PERSONNE VIVANT MARITALEMENT
NOM (marital pour les femmes)	_____	_____
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'un logement foyer
 d'une maison de retraite 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 :

(ne remplir que si le demandeur est soit en établissement, soit en foyer logement, soit 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 sus 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
- la prestation expérimentale dépendance : OUI NON
- l'aide ménagère au titre de l'aide sociale départementale : OUI NON nombre d'heures : _____
- l'aide ménagère versée par les caisses de retraite : OUI NON nombre d'heures : _____
- la majoration tierce personne au titre de votre régime de retraite OUI NON
- autres : OUI NON

C - PATRIMOINE DU FOYER

INDIQUER "NEANT" SI AUCUN BIEN IMMOBILIER

BIENS IMMOBILIERS

(Nature, adresse, et valeur locative)

BIENS MOBILIERS ET ÉPARGNE

Doivent obligatoirement être indiqués sur le formulaire ci-joint à compléter par les banques et/ou les organismes d'assurance

D - RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Nom et adresse du médecin traitant : _____

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

MEMBRES DE LA FAMILLE OU PERSONNE A 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 Général 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