



DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE A.P.A.

NOM : _____ Prénom : _____

Adresse principale : _____

Canton : _____



A DOMICILE



EN ETABLISSEMENT

Réservé à l'administration

Date d'arrivée du dossier au service

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Date d'enregistrement du dossier complet

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Dossier n°

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|



Tutelle



Curatelle

LISTE DES PIÈCES JUSTIFICATIVES A JOINDRE IMPÉRATIVEMENT AU DOSSIER DE DEMANDE

✓ la photocopie du livret de famille ou de la carte nationale d'identité ou d'un passeport de la Communauté européenne ou un extrait d'acte de naissance ; ou, s'il s'agit d'un demandeur de nationalité étrangère, la photocopie de la carte de résidence ou du titre de séjour,

✓ la photocopie complète du dernier avis d'imposition ou de non imposition à l'impôt sur le revenu,

✓ la photocopie du dernier relevé de la taxe foncière sur toutes les propriétés bâties et non bâties, à défaut copie du relevé de propriété des biens concernés,

✓ une synthèse client ou une synthèse de compte émanant de chacune de ses banques,

✓ un relevé d'identité bancaire où figure le nom du demandeur,

✓ un questionnaire médical sous pli confidentiel (facultatif),

✓ pour les demandeurs sous mesure de protection (tutelle, curatelle) :

- le jugement de tutelle, curatelle (le cas échéant),

- un relevé d'identité bancaire avec mention du représentant légal.

**Prière de renseigner toutes les cases,
mettre néant si vous n'êtes pas concerné**

A - Renseignements concernant le demandeur

| | DEMANDEUR | CONJOINT(1) |
|--|---|---|
| NOM (<i>nom d'épouse pour les femmes mariées</i>) | | |
| Prénom | | |
| Date et lieu de naissance | | |
| N° de Sécurité Sociale | | |
| N° de téléphone | | |
| Nationalité | <input type="checkbox"/> française <input type="checkbox"/> ressortissant de l'union européenne <input type="checkbox"/> autre, précisez | <input type="checkbox"/> française <input type="checkbox"/> ressortissant de l'union européenne <input type="checkbox"/> autre, précisez |
| Situation de famille | <input type="checkbox"/> marié <input type="checkbox"/> concubin <input type="checkbox"/> divorcé <input type="checkbox"/> pacs <input type="checkbox"/> séparé <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> veuf | <input type="checkbox"/> marié <input type="checkbox"/> concubin <input type="checkbox"/> divorcé <input type="checkbox"/> pacs <input type="checkbox"/> séparé <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> veuf |
| Régime de retraite principal | <input type="checkbox"/> CARSAT <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> Autre (à préciser) | Etes-vous retraité ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Etes-vous en activité ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Votre adresse principale | Etes-vous ? : locataire <input type="checkbox"/> | propriétaire <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous un dossier ouvert à la MDPH ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, par quelles prestations : (Joindre un justificatif) | | |

Représentant du demandeur

Le demandeur est-il sous tutelle, curatelle, sauvegarde de justice, mandataire judiciaire...

oui non

Nom du tuteur ou de l'organisme :

Adresse :

Téléphone (*obligatoire*) :

Personne à contacter pour le suivi du dossier

Nom Prénom

Adresse :

Numéro de téléphone (*obligatoire*) :

S'agit-il d'un membre de la famille ? oui non lien de parenté :

Cocher l'une des cases suivantes, si le lieu de résidence du demandeur est :

- un établissement d'hébergement pour personnes âgées (date d'entrée :)
 le domicile d'une famille d'accueil agréée dans le cadre du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF)
(date de début d'accueil :))

Lieu de résidence actuelle du demandeur (si différente de l'adresse principale) :

Adresse du domicile avant l'hébergement en établissement ou en famille d'accueil :

Lieu de résidence actuelle du conjoint (1) si différent du demandeur

(1) Il peut s'agir du conjoint, du concubin ou de la personne avec laquelle le demandeur a conclu un pacte civil de solidarité.

B - Renseignements concernant les revenus et le patrimoine du demandeur

→ Biens immobiliers non productifs de revenus (à l'exclusion de la résidence principale lorsqu'elle est occupée par l'intéressé, son conjoint, son concubin, la personne avec laquelle il a conclu un PACS, ses enfants, ses petits-enfants)

| | DEMANDEUR | CONJOINT(1) |
|---|-----------|-------------|
| Nature | | |
| Adresse | | |
| Valeur locative indiquée sur le dernier relevé de la taxe foncière (bâti ou non bâti) | | |

| | DEMANDEUR | CONJOINT(1) |
|---|-----------|-------------|
| Nature | | |
| Adresse | | |
| Valeur locative indiquée sur le dernier relevé de la taxe foncière (bâti ou non bâti) | | |

| | DEMANDEUR | CONJOINT(1) |
|---|-----------|-------------|
| Nature | | |
| Adresse | | |
| Valeur locative indiquée sur le dernier relevé de la taxe foncière (bâti ou non bâti) | | |

| | DEMANDEUR | CONJOINT(1) |
|---|-----------|-------------|
| * Livrets et comptes sauf Livret A, L.D.D. et L.E.P. ou assimilés (indiquer la nature et le montant) | | |
| | | |
| | | |
| * Actions et obligations (indiquer la nature et le montant du capital placé) | | |
| | | |
| | | |
| * Assurances vie (indiquer la nature et le montant du capital placé) | | |
| | | |
| | | |

→ Prélèvements libératoires (montant figurant au dernier avis d'imposition)

| | DEMANDEUR | CONJOINT(1) |
|---------|-----------|-------------|
| Montant | | |

(1) Il peut s'agir du conjoint, du concubin ou de la personne avec laquelle le demandeur a conclu un pacte civil de solidarité.

Vous bénéficiez actuellement de :

| | DEMANDEUR | CONJOINT |
|---|---|---|
| L'Allocation Compensatrice pour l'aide d'une Tierce Personne (ACTP) | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| La Prestation de Compensation du Handicap (PCH) | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| La Majoration pour aide constante d'une Tierce Personne (MTP) | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| L'aide ménagère au titre de l'Aide Sociale | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| L'aide ménagère versée par les caisses de retraites | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |

ATTENTION : L'Allocation Personnalisée d'Autonomie n'est pas cumulable avec les prestations mentionnées ci-dessus.

Je soussigné(e), agissant en :

- mon nom propre
- en ma qualité de représentant légal du demandeur

• **certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant au dossier et autorise, le cas échéant, la transmission par le Conseil Départemental de celui-ci aux caisses de retraite ;**

• **atteste avoir pris connaissance que, quiconque aura frauduleusement bénéficié ou tenté de bénéficier de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie, sera puni des peines prévues aux articles 313-1 à 313-3 du Code Pénal (article L 232-27 du Code de l'Action sociale et des Familles)**

A....., le.....
(signature)

Dossier à retourner à l'adresse suivante :

**CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE L' AISNE
DPAS
28 rue Fernand Christ
02011 LAON CEDEX**

DISPOSITIONS RELATIVES A LA LOI DU 6 JANVIER 1978

Les traitements relatifs à cette demande sont informatisés. Ils sont donc soumis aux dispositions de la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 qui protège les droits et libertés individuels..

Conformément à l'article 27 de cette loi, les personnes auprès desquelles sont recueillies des données nominatives sont informées que :

- Toutes les réponses aux différents questionnaires sont obligatoires. Un défaut de réponse entraînera des retards ou une impossibilité dans l'instruction du dossier.
- Les destinataires des informations collectées sont exclusivement les administrations et organismes habilités à connaître des dossiers d'aide à domicile ou en établissement.
- En tout état de cause, les personnes concernées ont un droit d'accès et de rectification des informations nominatives stockées ou 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
Hôtel du département - Rue Paul Doumer - 02013 LAON Cedex - Tél.**