

## Dossier Individuel de demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie

**Veillez cocher :**

- APA à Domicile  
 APA en Etablissement

**Demandeur :**  Madame  Monsieur (attention : 1 seul demandeur par formulaire)

Nom : ..... Prénom(s) .....

Nom de naissance (*si différent*) : ..... Date de naissance : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Lieu de naissance : ..... Nationalité : .....

Situation familiale :  marié(e)  concubin(e)  pacsé(e)  veuf ou veuve  célibataire  divorcé(e)

N° sécurité sociale : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] clé [ ] [ ]

Adresse mail : ..... Téléphone : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

### Adresse actuelle du demandeur

Type  Domicile  Accueil familial agréé  Foyer logement ou petite unité de vie  
 Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD, MAPAD...)

Adresse : .....

Code postal : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Ville : .....

Date d'arrivée à cette adresse : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

**Adresse précédente** : .....

Code postal : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Ville : .....

Type  Domicile  Accueil familial agréé  Foyer logement ou petite unité de vie  
 Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD, MAPAD...)

**Conjoint, concubin, pacsé :**  Madame  Monsieur

Nom : ..... Prénom(s) .....

Nom de naissance (*si différent*) : ..... Date de naissance : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Lieu de naissance : ..... Nationalité : .....

N° sécurité sociale : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] clé [ ] [ ]

Adresse mail : ..... Téléphone : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Votre conjoint, concubin ou pacsé perçoit-il une aide destinée aux personnes âgées ou handicapées ?

Non  Oui, si oui versée par quel département ? .....

### Résidence actuelle du conjoint, concubin, pacsé

Type  Domicile  Accueil familial agréé  Foyer Logement ou petite unité de vie  
 Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

Adresse : .....

Code postal : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Ville : .....

**Le demandeur est-il sous-tutelle ou curatelle ?** Oui Non

Si oui, précisez le nom du responsable légal : .....

Adresse : .....

Adresse mail : ..... Téléphone : | | | | | | | | | |

**Autre personne à contacter** (à noter : en cas de tutelle, seul le tuteur recevra les courriers)

Nom : ..... Prénom(s) : .....

Nom de naissance (si différent) : ..... Date de naissance : | | | | | | | | | |

Adresse postale : .....

Adresse mail : ..... Téléphone : | | | | | | | | | |

Lien avec le demandeur : ..... Portable : | | | | | | | | | |

Souhaitez-vous que les courriers soient adressés à cette personne ?  Non  Oui**Autres aides déjà perçues.** Si vous bénéficiez déjà d'une aide, précisez :

Aides	Organisme financeur
Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP)	
Prestation de Compensation du Handicap (PCH)	
Majoration pour tierce personne (MTP ou PC RTP)	
Prise en charge d'une aide-ménagère à domicile	

**Revenus et patrimoine**

- Vous êtes propriétaire d'un ou plusieurs biens immobiliers bâtis.....  Oui  Non  
Si oui, votre résidence principale est occupée par :  
 Vous et/ou votre conjoint  Vos Enfant(s) ou petit(s)enfant(s)  Autre personne  Inoccupée
- Vous êtes bénéficiaire d'une rente issue d'un placement pour se prémunir contre la perte d'autonomie .....  Oui  Non

**Demande de Carte Mobilité Inclusion ( C.M.I. )<sup>1</sup>**

Souhaitez-vous bénéficier :

- d'une CMI Invalidité ou Priorité<sup>2</sup> .....  Non  Oui
- d'une CMI Stationnement .....  Non  Oui

<sup>1</sup> depuis le 01/01/2017, la CMI remplace les cartes d'invalidité, de priorité et de stationnement pour personnes handicapées<sup>2</sup> vous ne pouvez pas choisir entre les mentions « invalidité » ou « priorité » ; seule l'une des mentions est accordée si vous remplissez les conditions médicales.**Signature :**

- Je certifie sur l'honneur l'exactitude de tous les renseignements figurants sur le présent dossier, avoir pris connaissance des sanctions encourues en cas de fausse déclaration et m'engage à fournir toutes les pièces justificatives qui me seraient demandées.
- Je m'engage à signaler tout changement de situation (hospitalisation, entrée en EHPAD, déménagement....)
- J'autorise le Département à transmettre sa décision aux organismes concernés

Nom du signataire : .....

Le | | | | | | | | | |

Signature

## Dossier Individuel de demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie

### Pièces à joindre au dossier :

- Copie recto-verso d'une **pièce d'identité** (carte d'identité, livret de famille, passeport de l'union européenne). Si le demandeur est ressortissant d'un pays hors Union européenne, copie recto-verso de son titre de séjour ou de sa carte de résidence.
- Copie recto-verso du dernier **avis d'imposition** sur les revenus
- Copie recto-verso du dernier **avis d'imposition** sur les revenus du conjoint, concubin ou personne avec laquelle vous avez conclu un PACS.
- **Relevé d'identité bancaire** au nom du demandeur (hors compte d'épargne).
- Copie recto-verso du ou des derniers relevés des **taxes foncières**
- Copie de la mesure de protection (**jugement de tutelle**)
- Copie du **bulletin de présence** en établissement

### A noter :

- Si toutes les pages de vos documents ne sont pas transmises votre dossier sera déclaré incomplet

### Merci de NE PAS AGRAFER vos documents justificatifs

### Informations légales

Article L232-16 du code de l'action sociale et des familles : "Pour vérifier les déclarations des intéressés et s'assurer de l'effectivité de l'aide qu'ils reçoivent, les services chargés de l'évaluation des droits à l'allocation personnalisée d'autonomie et du contrôle de son utilisation 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."

Article L135-1 du code de l'action sociale et des familles : « Le fait de percevoir frauduleusement 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. »

### Dispositions relatives à loi du 6 janvier 1978

Les traitements relatifs à cette demande sont informatisés. Ils sont soumis aux dispositions de la loi « informatique et libertés du 6 janvier 1978 qui protège les droits et libertés individuelles. Les personnes concernées par la demande ont un droit d'accès et de rectification des informations nominatives stockées ou traitées informatiquement.

**Fiche de renseignements  
médico-sociaux**

**Nom et prénom** du demandeur : ..... Le

Les renseignements demandés sont nécessaires pour un meilleur suivi de votre situation, dès le dépôt de votre demande. Ils ne déterminent pas vos droits à l'APA, mais ils permettent de **préparer la visite à domicile** qui sera effectuée par un référent médico-social.

<b>Vous</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>
Vivez-vous <b>seul(e)</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recevez-vous au moins une <b>visite</b> par semaine en dehors des professionnels qui interviennent à votre domicile ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Sortez-vous</b> au moins une fois par semaine (courses, sorties, loisirs, ...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estimez- vous que votre <b>habitat</b> est isolé (éloigné des autres habitations) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Au cours des 3 derniers mois :</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>
Avez-vous perdu du <b>poids</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous fait une <b>chute</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous vécu un <b>évènement</b> majeur (deuil, entrée de votre conjoint en établissement, ...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous été <b>hospitalisé</b> ? si oui, précisez : la durée : ..... jours et l'établissement : .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Dans la vie quotidienne, vous avez besoin d'aide pour :</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>
Vous <b>déplacer</b> dans les principales pièces de votre logement (cuisine, chambre, salle de bains, WC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Gérer</b> votre budget et vos papiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utiliser un moyen de <b>transport</b> (véhicule, transports en commun)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utiliser le <b>téléphone</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suivre votre <b>traitement médical</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Aide extérieure</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>
Etes-vous suivi(e) par un <b>service d'aide à domicile</b> ? Si oui, <b>lequel</b> : .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bénéficiez-vous de soins infirmiers ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Employez-vous une aide à domicile avec des <b>chèques emploi services</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Médecin</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>
Acceptez-vous que <b>le médecin du Département</b> prenne contact avec votre médecin traitant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre <b>médecin traitant</b> est le docteur .....		
Son numéro de téléphone est : ...../...../...../...../.....		