

**DEMANDE
D'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE (APA)
EN ÉTABLISSEMENT**

**pour les personnes âgées de plus de 60 ans accueillies en
EHPAD ou USLD**

ETAT CIVIL

	Le demandeur	Le conjoint Mariage, PACS ou concubinage <i>(Obligatoire si le demandeur est en couple)</i>
Nom d'usage		
Nom de naissance		
Prénom(s)		
Date et lieu de naissance		
Nationalité		
Situation de famille du demandeur	<input type="radio"/> Célibataire <input type="radio"/> Marié(e) <input type="radio"/> Vie maritale <input type="radio"/> PACS <input type="radio"/> Veuf (ve) depuis le <input type="radio"/> Divorcé(e) <input type="radio"/> Séparé(e)	
N° de Sécurité Sociale à 15 chiffres (avec la clé) obligatoire		
Préciser si le conjoint, le concubin ou la personne avec laquelle le demandeur a conclu un PACS réside : <input type="radio"/> à domicile <input type="radio"/> en structure d'hébergement		

ADRESSE DE VOTRE DOMICILE PERSONNEL

où vous avez résidé depuis plus de 3 mois

(Avant toute entrée en établissement)

Date d'arrivée	Date de départ	Numéro et voie	Code Postal et commune
Etes-vous	<input type="checkbox"/> Propriétaire <input type="checkbox"/> Locataire <input type="checkbox"/> Usufruitier <input type="checkbox"/> Autre		

MESURE DE PROTECTION

Faites-vous l'objet d'une mesure de protection : Oui Non En cours

Si oui, de quel type ? Sauvegarde de justice Curatelle Tutelle
 Habilitation familiale Mandat de protection future

Attention : joindre impérativement une copie du jugement

Nom et adresse du représentant légal (tuteur ou curateur ou organisme chargé de la gestion de la mesure)

.....
.....

Téléphone : Courriel :

PERSONNE REFERENTE ET/OU PERSONNE DE CONFIANCE

Nom et prénom :

Adresse :

.....

Lien avec le demandeur : Téléphone : Courriel :

.....

Autorisez-vous le Département du Puy-de-Dôme à lui adresser les courriers relatifs à votre allocation ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
---	------------------------------	------------------------------

ALLOCATIONS ET AIDES

Percevez-vous :

L'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
La majoration pour aide constante d'une tierce personne (MTP) versée par la sécurité sociale ou une caisse de retraite	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
La prestation complémentaire pour recours à une tierce personne (PCRTP)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
La prestation de compensation du handicap (PCH)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
L'aide-ménagère prise en charge par une caisse retraite	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
L'aide-ménagère prise en charge par l'aide sociale départementale	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
L'allocation personnalisée d'autonomie servie par un autre département que le Puy de Dôme	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

L'APA n'est cumulable avec aucune des prestations ci-dessus

PATRIMOINE DU FOYER

(Renseignements à fournir par le demandeur et, le cas échéant, par le conjoint, le concubin ou la personne avec laquelle il a conclu un PACS)

BIENS IMMOBILIERS DU FOYER

(A compléter si vous êtes propriétaire, propriétaire indivis ou usufruitier d'un ou de plusieurs biens immobiliers)

Je déclare ne posséder aucun patrimoine immobilier

Je déclare posséder les biens immobiliers suivants :

RESIDENCE PRINCIPALE

Adresse	<input type="radio"/> Bien occupé par le conjoint, le concubin, la personne avec laquelle le demandeur a conclu un PACS, un enfant ou un petit-enfant
	<input type="radio"/> Bien loué
	<input type="radio"/> Bien libre
	<input type="radio"/> Si ce bien est en indivision : indiquer votre quote-part

Nature du bien	Adresse	En location (indiquer oui ou non)	Quote-part pour les biens en indivision

Déterminez-vous des parts dans une SCPI produisant des revenus fonciers : OUI NON

En cas de biens supplémentaires, fournir les renseignements correspondants sur une feuille libre

COMPTE(S) COURANT(S), CAPITAUX MOBILIERS, EPARGNE, ASSURANCE(S) VIE

Nature	DEMANDEUR		CONJOINT(E), CONCUBIN(E), PACSE ((E)	
	Montant	Nom de la/les banques(s)	Montant	Nom de la/les banques(s)
Compte courant				
Livret(s) épargne				
Assurance(e) vie				
Autres				

Si vous ne disposez d'aucun placement, cochez la case ci-contre

Dans tous les cas, joindre la/les attestation(s) de votre situation financière établie(s) par votre/vos établissement(s) bancaire(s) et/ou compagnie(s) d'assurance

DEMANDE DE CARTE MOBILITE INCLUSION (CMI)

Je souhaite bénéficier de la Carte Mobilité Inclusion

Les personnes bénéficiaires de l'APA dont le niveau de perte d'autonomie est évalué en GIR 1 ou en GIR 2 peuvent bénéficier automatiquement et à titre définitif de la CMI Invalidité et de la CMI Stationnement.

Les bénéficiaires APA évalués en GIR 3 ou en GIR 4, doivent déposer leur demande auprès de la MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées) : 11 Rue Vaucanson 63100 Clermont-Ferrand - ☎ 04 73 74 51 20.

Ne pas déposer de demande de CMI si vous êtes déjà titulaire d'une carte équivalente accordée à titre définitif ou arrivant à échéance au-delà de 6 mois.

Je soussigné(e) agissant

En mon nom propre

En ma qualité de représentant légal désigné par le juge des tutelles

Certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant dans ce dossier de demande d'APA.

Je m'engage à fournir toutes les pièces justificatives demandées.

Je suis informé(e) que toute fausse déclaration ou falsification de document, toute obtention usurpée d'un droit, m'expose à des sanctions pénales et financières en application des articles 313-1, 313,7 et 313-8 du Code Pénal, ainsi que, le cas échéant, à la récupération par le Département des sommes indûment perçues.

Fait àle.....

Signature du demandeur
ou de son représentant légal

IMPORTANT

TOUT CHANGEMENT INTERVENANT DANS VOTRE SITUATION

(retour au domicile, changement d'établissement,...)

DOIT IMPERATIVEMENT ETRE SIGNALE

au service Aide Sociale Prestations

04.73.42.24.60

LISTE DES PIECES A FOURNIR

- Un justificatif d'identité (carte d'identité française ou d'un pays membre de la Communauté Européenne ou passeport ou livret de famille ou carte de résidence ou titre de séjour en cours de validité).
- La copie de toutes les pages du dernier avis d'imposition ou de non-imposition à l'impôt sur le revenu du demandeur ainsi que celui du conjoint, du concubin (vie maritale), du partenaire de PACS. Fournir les deux avis d'imposition en cas de situations partielles.
- Si le demandeur ou son éventuel conjoint, concubin ou partenaire de Pacte Civil de Solidarité (PACS) sont propriétaires : la copie intégrale du dernier avis de taxes foncières pour chaque bien bâti ou non bâti.
- Un bulletin signé de l'établissement mentionnant la date d'entrée.
- Un relevé d'identité bancaire (RIB) au nom du demandeur.
- Un relevé détaillé de la situation financière (synthèse des différents produits financiers : compte(s) courant(s), placement(s), assurance(s) vie établie par la/les banque(s) du demandeur, de son/sa conjoint(e), concubin(e), ou partenaire d'un PACS établi par son/ses établissements bancaire(s) et/ou compagnie(s) d'assurance.

PIECES COMPLEMENTAIRES

- Grille AGGIR
- Arrêté de tarification de l'établissement : A fournir si vous êtes accueilli dans un établissement hors du département du Puy-de-Dôme

Ces pièces complémentaires seront demandées en parallèle à l'établissement par le Conseil départemental

Ce dossier doit être adressé à :

CONSEIL DÉPARTEMENTAL DU PUY DE DOME
Direction de l'Autonomie
Service Aide Sociale Prestations
24, rue Saint Esprit
63033 Clermont-Ferrand Cedex 1

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. (...) ».

Les informations recueillies sur ce formulaire sont traitées par le Département du Puy-de-Dôme. Elles sont nécessaires à l'instruction de votre demande d'APA ou d'Aide sociale ainsi qu'à son suivi. Elles seront enregistrées dans un fichier informatisé par les agents instructeurs du service Aide Sociale Prestations.

Les modalités d'instruction des demandes d'APA et des demandes d'aide sociale sont prévues par le Code de l'Action Sociale et des Familles. Cette activité est réalisée par le Département dans le cadre d'une mission d'intérêt public. Eventuellement, vous pourrez être contacté pour participer à une étude facultative de besoins, de qualité de service. Vous pourrez également être destinataire d'informations ou de messages en lien avec la perte d'autonomie.

Les données collectées seront communiquées, dans la limite des éléments strictement nécessaires à la gestion du dossier, aux seuls destinataires suivants : agents habilités au sein des caisses de retraite, professionnels qui participent à la prise en charge du parcours de la personne âgée ou qui l'accompagnent (par exemple, établissements sociaux et médico-sociaux services d'aide à domicile, éditeur de CESU préfinancés le cas échéant).

L'organisme gestionnaire de l'aide demandée peut également être amené à échanger des informations relatives à votre situation avec d'autres organismes, notamment l'administration fiscale, les organismes de sécurité sociale versant des prestations analogues, les collectivités territoriales et les organismes de recouvrement des cotisations sociales.

Les données strictement nécessaires à la gestion de la demande d'aide peuvent également, le cas échéant, être transmises au service instructeur par la Direction Générale des Finances Publiques.

Les données seront conservées par le Département pour une durée maximale de 5 ans à compter de la cessation des droits.

Pour ce traitement et conformément au cadre juridique en vigueur sur la protection des données personnelles (*), vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données. De même vous pouvez vous opposer au traitement de vos données (vous pouvez consulter le site cnil.fr pour plus d'informations sur vos droits).

Vos demandes sont à adresser : soit par voie postale, à Monsieur le Président du Conseil département du Puy-de-Dôme, - Pôle solidarités sociales, Direction de l'autonomie, 24 rue Saint-Esprit, 63033 CLERMONT-FERRAND Cedex 01 ; soit par courriel à service-asp@puy-de-dome.fr. En cas de doute, des éléments prouvant votre identité sont susceptibles de vous être demandés afin d'être en mesure de répondre à votre demande.

En cas de réclamation, un courrier peut être envoyé au Délégué à la protection des données du Département, Département du Puy-de-Dôme, 24 rue St Esprit 63033 Clermont-Ferrand - Dpo@puy-de-dome.fr. Si vous estimez que le Département n'a pas fait réponse à vos droits, vous avez la possibilité de vous adresser à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy, 75007 Paris, www.cnil.fr.

(*) *Règlement EU 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 et Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018.*