

Dossier n°: _____

DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE POUR UNE PERSONNE ÂGÉE DE 60 ANS OU PLUS

Code de l'action sociale et des familles - articles L.232-2 et suivants, R.232 et suivants

 APA à domicile APA en établissement

1 - État civil

	Le demandeur	Conjoint ou personne vivant maritalement
Nom de naissance	<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur	<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur
Nom d'épouse ou nom d'usage :	.....	.....
Prénom	.....	.....
Date et lieu de naissance :	Date _____ Lieu	Date _____ Lieu
Nationalité	<input type="checkbox"/> française <input type="checkbox"/> Ressortissant U.E. <input type="checkbox"/> autre (à préciser)	<input type="checkbox"/> française <input type="checkbox"/> Ressortissant U.E. <input type="checkbox"/> autre (à préciser)
Situation de famille	<input type="checkbox"/> marié <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> divorcé <input type="checkbox"/> séparé <input type="checkbox"/> veuf <input type="checkbox"/> ayant conclu un PACS <input type="checkbox"/> autre (à préciser)	<input type="checkbox"/> marié <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> divorcé <input type="checkbox"/> séparé <input type="checkbox"/> veuf <input type="checkbox"/> ayant conclu un PACS <input type="checkbox"/> autre (à préciser)
Activité	<input type="checkbox"/> en activité professionnelle <input type="checkbox"/> salarié(e) <input type="checkbox"/> au chômage <input type="checkbox"/> retraité(e) <input type="checkbox"/> autre (à préciser)	<input type="checkbox"/> en activité professionnelle <input type="checkbox"/> salarié(e) <input type="checkbox"/> au chômage <input type="checkbox"/> retraité(e) <input type="checkbox"/> autre (à préciser)
N° de Sécurité sociale	_____	_____
Nom du régime de retraite principal	.....	.....

 Demande de carte mobilité Inclusion : je sollicite la carte mobilité Inclusion (CMI) comportant les mentions : invalidité ou priorité stationnement pour personnes handicapéesIl s'agit de : une nouvelle demande un renouvellement (CMI Priorité/Invalidité/Stationnement)

Vous pouvez renvoyer votre dossier soit :

- **par courriel** : da-pa-domicile@valdemarne.fr ou da-pa-etablissement@valdemarne.fr

avec les pièces justificatives scannées ou photographiées avec votre téléphone (format PDF ou jpeg)

- **soit par la Poste à l'adresse de correspondance ci-dessous :**

Correspondance
Direction de l'autonomie
Service APA
Hôtel du Département
94054 Créteil CEDEX

Accueil du public
Direction de l'autonomie
Immeubles Solidarités
7-9 voie Félix-Éboué
Créteil (métro: Créteil L'Échat)



2 - Adresses

Lieu de résidence actuel

Adresse :

Chez : Précisez, le cas échéant, étage, escalier, porte et accès :

Code postal : Ville :

Téléphone : [.....] Courriel :

Date d'arrivée à cette adresse :

Vous êtes : locataire usufruitier(e) propriétaire en viager hébergé(e) à titre gratuit

en établissement d'hébergement pour personnes âgées en famille d'accueil agréée

en résidence autonomie (anciennement logement-foyer) en résidence-services pour seniors

Autre (à préciser) :

Votre conjoint vit : à domicile en établissement (si oui, fournir une attestation d'entrée)

Adresse :

Code postal : Ville :

Lieu de résidence précédent

Rubrique à remplir impérativement si vous avez changé d'adresse depuis moins de trois mois, ou si vous êtes hébergé(e) en famille d'accueil agréée ou en établissement pour personnes âgées ou autre structure.

Adresse :

Chez : Précisez, le cas échéant, étage, escalier, porte et accès :

Code postal : Ville :

Date d'arrivée à cette adresse : **Date de départ de cette adresse :**

locataire propriétaire hébergé(e) à titre gratuit

Autre adresse à laquelle envoyer les courriers (pour l'APA à domicile exclusivement)

Si les courriers doivent être adressés impérativement à une autre personne que le demandeur, précisez votre lien et indiquez ses nom, prénom, adresse, numéro de téléphone et courriel :

3 - Renseignements concernant les ressources et le patrimoine

Allocations et aides dont le demandeur ou son conjoint bénéficient

Prestations non cumulables avec l'APA	Vous	Votre conjoint
Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Prestation de compensation du handicap (PCH)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Aide ménagère au titre de l'aide sociale légale départementale	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Prestation d'aide ménagère d'une caisse de retraite	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Majoration pour tierce personne (MTP). Si oui, joindre la notification	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Prestation complémentaire pour recours à tierce personne (PC RTP)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Biens immobiliers du demandeur ou de son conjoint

je possède un ou plusieurs biens immobiliers. Je complète le tableau ci-dessous et je fournis la copie des dernières taxes foncières :

Nature du bien (maison, appartement, terrain)	Adresse du bien	Résidence principale	Résidence secondaire et terrains	Bien loué
.....
.....
.....
.....

Placements financiers du demandeur ou de son conjoint

Hors livret A, livret développement durable, plan d'épargne logement, plan épargne en actions.

je possède un patrimoine financier tel qu'une/des assurances vie et je communique son/ses relevé(s) annuel(s) :

Titulaire du contrat		Organisme assureur	Montant annuel
<input type="checkbox"/> le demandeur	<input type="checkbox"/> son conjoint	.....	.....
<input type="checkbox"/> le demandeur	<input type="checkbox"/> son conjoint	.....	.....
<input type="checkbox"/> le demandeur	<input type="checkbox"/> son conjoint	.....	.....

Ressources soumises à prélèvement libératoire

(articles 125-0-A et 125 D du code général des impôts)

demandeur : conjoint :

4 - Mesure de protection juridique éventuelle

Tutelle Curatelle Curatelle renforcée Sauvegarde de justice Habilitation familiale

Dans le cas d'une mesure de protection, je joins la décision ou le jugement.

Nom et adresse du gérant de la mesure :

Code postal : Ville :

Le cas échéant, lien de parenté entre le demandeur et son mandataire judiciaire :

5 - Renseignements concernant un(e) aidant(e) non salarié(e), proche du demandeur (facultatif)

	Aidant(e) référent(e)	Autres aidants
Nom et prénom		
Adresse		
Téléphone de l'aidant(e)		
Courriel de l'aidant(e)		
Âge de l'aidant(e)		
Nature du lien avec l'aidant(e)		
Nature de l'aide apportée : accompagnement dans les déplacements à l'extérieur, courses, démarches administra- tives, aide à la vie quotidienne, etc.		
Durée hebdomadaire moyenne de l'aide (en heures)		

6 - Pièces justificatives à joindre à la demande d'allocation personnalisée d'autonomie

- 1. copie du livret de famille ou de la carte nationale d'identité ou d'un passeport de la Communauté européenne ou d'un extrait d'acte de naissance ou, s'il s'agit d'un demandeur de nationalité étrangère, copie de la carte de résidence ou du titre de séjour en cours de validité
 - 2. photocopie du dernier avis d'imposition ou de non imposition à l'impôt sur le revenu (toutes les pages);
 - 3. photocopie du dernier avis d'imposition relatif à la taxe foncière sur les propriétés bâties (pour la résidence principale et, le cas échéant, les résidences secondaires) et/ou à la taxe sur les propriétés non bâties (toutes les pages);
 - 4. relevé d'identité bancaire du demandeur;
 - 5. toute pièce justificative des biens ou capitaux générant le versement au demandeur d'intérêts (notamment le relevé annuel d'assurance vie);
 - 6. pièce non obligatoire mais utile pour une évaluation adaptée des besoins à domicile: le certificat médical de votre médecin traitant (établi sur la base du document joint). Vous le joindrez, sous pli confidentiel, en indiquant le nom et le numéro de téléphone de votre médecin traitant;
 - 7. photocopie de la carte d'assuré social (carte Vitale).
- Autres pièces justificatives s'il y a lieu :**
- 8. copie de la mesure de protection juridique (tutelle, curatelle);
 - 9. les bulletins d'entrée ou de sortie d'hospitalisation;
 - 10. le dernier avis d'imposition sur le revenu de la personne vivant maritalement (pour une demande d'APA en établissement);
 - 11. Le bulletin d'entrée dans l'établissement ou la résidence autonomie;
 - 12. l'évaluation du GIR réalisée par l'établissement.

Attestation sur l'honneur

Je soussigné(e) : Madame Monsieur Nom :

Agissant : en mon nom propre en qualité de représentant légal de :

certifie exacts et complets les renseignements fournis dans le cadre de la demande d'allocation personnalisée d'autonomie. Je suis informé(e) que toute fausse déclaration ou falsification de document, toute obtention usurpée d'un droit m'exposerait à des sanctions pénales et financières prévues par la loi.

Fait à : le :

Signature du demandeur:

Dispositions relatives à la 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 modifiée en 2004 qui protègent les droits et libertés individuels. Conformément à cette loi, les personnes auprès desquelles sont recueillies des informations nominatives, sont informées que :

1. Les destinataires des informations collectées sont exclusivement les administrations et organismes habilités à connaître des dossiers d'aide sociale.

2. En tout état de cause, les personnes concernées ont un droit d'accès et de rectification des informations nominatives les concernant, stockées ou traitées informatiquement.

Pour l'exercice de ce droit, il convient de s'adresser, en justifiant de son identité, à :

Monsieur le président du Conseil départemental - Hôtel du Département - Direction de l'autonomie - service APA - 94054 CRÉTEIL CEDEX