

PÔLE DEVELOPPEMENT DES SOLIDARITES

DIRECTION DE L'AUTONOMIE
Service Prestations

Dossier de demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie

→ **IMPORTANT** ←

Répondez avec précision à toutes les questions

Joignez tous les documents demandés

NOM D'USAGE : Prénom :

Lieu de résidence actuelle :

Vous êtes : à Domicile en Etablissement chez un particulier agréé

L'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) n'est pas cumulable avec la majoration pour aide constante d'une tierce personne (MTP), la prestation complémentaire de compensation pour recours à une tierce personne (PC RTP), l'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP), la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) et l'aide ménagère à domicile.

Cadre réservé à l'Administration	
	N° dossier :
	N° demandeur :
	COMPLET - INCOMPLET
	COMPLET le

Toute correspondance doit être adressée sous forme impersonnelle à « Monsieur le Président du Conseil départemental des Vosges ».

	DEMANDEUR	CONJOINT(e) ou CONCUBIN(e) ou personne avec qui le demandeur a conclu un pacte civil de solidarité
NOM D'USAGE (ex-Nom d'époux)		
Nom de famille (ex-Nom de jeune fille)		
PRENOM		
DATE et LIEU DE NAISSANCE		
NATIONALITE		
SITUATION FAMILIALE (exemple : marié, en concubinage, PACS, célibataire, etc.)		
N° de SECURITE SOCIALE		
CAISSE DE RETRAITE PRINCIPALE		

ADRESSE ACTUELLE *très précise* DU DEMANDEUR

N° et rue :

Bâtiment et entrée : Code postal et commune :

N° de tél. : Date d'arrivée :

Vous êtes : locataire propriétaire usufruitier(e) logé(e) à titre gracieux en établissement

chez vos enfants autre, précisez :

ADRESSE DU CONJOINT (si différente, notamment s'il est en établissement)

.....

Adresse *du domicile précédent* du demandeur

.....

Date d'arrivée : Date de départ :

Vous occupez-vous de vos démarches administratives vous-même ? OUI NON

Je désire recevoir tous mes courriers A.P.A.

Je désire que tous mes courriers A.P.A. soient directement adressés à :

NOM D'USAGE: PRENOM :

ADRESSE : Commune :

N° de tél. :

il s'agit de : votre tuteur* votre curateur* un parent, lien de parenté :

autre (à précisez) :

* Joignez copie du jugement de tutelle ou de curatelle (sauf si déjà transmise)

- Souhaitez-vous que cette personne soit informée de la date de visite d'évaluation à domicile : OUI NON

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DEMANDEUR

➤ Si vous êtes à domicile, êtes vous actuellement aidé(e) ? OUI NON

Si oui, par qui : organisme, précisez : autre, précisez :

En cas d'aide bénévole par des proches (famille, entourage amical ou de voisinage), vous pouvez prendre connaissance du document "**fiche de renseignement concernant les proches aidants du demandeur de l'APA**" ci-joint qui sera, le cas échéant, complété lors de la visite d'un membre de l'équipe médico-sociale en vue de l'évaluation de vos besoins dans le cadre de l'APA.

➤ Si vous êtes à domicile, bénéficiez-vous actuellement d'une prise en charge de vos frais d'aide ménagère ? OUI NON

Si oui, quel est l'organisme payeur :

Caisse de retraite (précisez) : OUI (au titre de l'aide ménagère)
 OUI (au titre de l'aide après hospitalisation)
 NON

Autre OUI NON si oui, précisez :

Si vous connaissez la date d'arrêt de la prise en charge actuelle, veuillez le préciser :

➤ Bénéficiez-vous

- de la majoration pour aide constante d'une tierce personne (MTP) ou prestation complémentaire pour recours à tierce personne (PC RTP) versée par un régime de sécurité sociale ou une caisse de retraite ? OUI NON
- de l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) ? OUI NON
- de la prestation de compensation du handicap (PCH) ? OUI NON

➤ Etes-vous actuellement hospitalisé(e) ? OUI* NON

* Si OUI : précisez : le lieu et les dates d'hospitalisation :

➤ Si votre degré de dépendance le permet, souhaitez-vous bénéficier :

de la carte d'invalidité OUI * NON

de la carte de stationnement OUI * NON

* Si OUI, les services du Département transmettront une copie de la décision vous accordant l'APA à la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) en vue du traitement de votre demande.

➤ Autorisez-vous la transmission des décisions et plan d'aide/compte-rendu de visite au(x) service(s) d'aide à domicile qui interviendra / interviendront dans le cadre de l'APA et à votre caisse de retraite principale ? OUI NON

* * * * *

Je soussigné(e), M..... sollicite l'attribution de l'Allocation Personnalisée d'autonomie (A.P.A), pour mon compte(1) / pour le compte de(1)

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements indiqués et m'engage à signaler toute modification qui interviendrait ultérieurement dans ma/sa situation.

Je suis informé(e) que toute fausse déclaration m'expose aux sanctions pénales et financières prévues par la loi.

A le

SIGNATURE DU DEMANDEUR OU DE SON REPRESENTANT*

(1) Barrez la mention inutile

*Lien de parenté ou qualité (si le demandeur n'est pas le signataire) :

LISTE DES PIÈCES JUSTIFICATIVES A JOINDRE au dossier dûment complété, daté et signé

- **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 ;**
- **Pour les personnes de nationalité étrangère : photocopie de la carte de résidence ou du titre de séjour (pour les ressortissants de la communauté européenne : la carte d'identité du pays d'origine) en cours de validité ;**
- **Photocopie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition sur les revenus ;**
- **Fiche de renseignements concernant les revenus et le patrimoine (feuille de couleur bleue) ;**
- **Un relevé d'identité bancaire ou postal (RIB ou RIP) au nom du demandeur ;**

et LE CAS ECHEANT :

- **En cas de changement récent de votre situation (séparation, veuvage), joindre le détail des revenus, y compris les pensions de reversions ;**
- **Photocopie du (des) dernier(s) relevé(s) de taxes foncières (à défaut relevés cadastraux) sur les propriétés bâties et sur les propriétés non bâties ;**
- **Photocopie du (des) dernier(s) relevé(s) annuel(s) d'assurance(s) vie ;**
- **Photocopie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition de votre concubin(e) ou de la personne avec qui vous avez conclu un pacte civil de solidarité ;**
- **Fiche de renseignements concernant les proches aidants du demandeur (feuille de couleur jaune) ;**
- **Pour les demandes d'APA à domicile, le certificat médical (feuille de couleur verte jointe au dossier) rempli par le médecin traitant (sous pli cacheté) ;**
- **Pour les demandes d'APA en établissement :**
 - **Fiche relative au versement de l'APA (feuille de couleur rose) ;**
 - **Copie de l'arrêté de tarification de l'établissement actuellement en vigueur ;**
 - **Fiche d'évaluation de la dépendance du demandeur établie par l'établissement d'accueil.**

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 le Code Pénal

Les informations contenues dans votre dossier sont traitées informatiquement et soumises aux dispositions de la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 qui protège les droits et libertés individuelles.

Cette loi vous garantit un droit d'accès et de rectification de ces informations. Pour le mettre en œuvre, vous pouvez vous adresser au Conseil départemental, Pôle Développement des Solidarités, Direction de l'Autonomie (voir coordonnées en page 1)