



Département de la Haute-Saône

**DIRECTION DE LA SOLIDARITÉ  
ET DE LA SANTÉ PUBLIQUE**  
PLACE DU 11<sup>ème</sup> CHASSEURS  
BP 90347  
70006 VESOUL CEDEX  
☎ 03.84.95.70.72  
Fax : 03.84.95.72.31

## DEMANDE D'ALLOCATION DÉPARTEMENTALE PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE

à domicile

en établissement

NOM : ..... Prénom : .....

Code postal : ..... Commune : .....

### DISPOSITIONS RELATIVES A LA LOI DU 6 JANVIER 1978

Application de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés :

1-Toutes les réponses aux différents questionnaires sont obligatoires. Un défaut de réponse entraînera des retards ou une impossibilité dans l'instruction du dossier.

2-Les destinataires des informations collectées sont exclusivement les administrations et organismes habilités à connaître des dossiers d'aide à domicile ou en établissement ;

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

Pour l'exercice de ce droit, il convient de vous adresser, en justifiant votre identité, à : Monsieur le Président du Conseil Départemental – Direction de la Solidarité et de la Santé Publique – Place du 11<sup>ème</sup> Chasseurs – BP 90347 – 70006 VESOUL CEDEX.

*Pour faciliter le traitement de votre dossier, merci de bien vouloir compléter toutes les rubriques ou indiquer NÉANT le cas échéant*

**N° de dossier :**

**Toutes les rubriques doivent être complétées obligatoirement**

**1- IDENTITE**

**Demandeur**

Nom d'usage : ..... Nom de jeune fille : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....

Nationalité :  Française  Autre (préciser) : .....

N° de sécurité sociale (en intégralité) : . / .. / .. / .. / ... / ... / clé ..

Caisse de retraite principale : .....

Situation de famille :  Célibataire  Concubin(e)  Pacs  Marié(e)  
 Divorcé(e)  Séparé(e) de fait  Séparé(e) de corps  Veuf(ve)

Depuis le : .....

**Conjoint, Concubin, Pacsé**

Nom d'usage : ..... Nom de jeune fille : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....

Nationalité :  Française  Autre (préciser) : .....

**Adresse du conjoint, concubin, pacsé si différent du demandeur :** .....

**2- DOMICILE**

**Adresse actuelle du lieu de vie du demandeur**

à domicile : adresse .....

Tél : ..... Réside à cette adresse depuis le : .....

en établissement : adresse .....

..... Date d'entrée : .....

**Adresse Précédente :** .....

..... Date d'arrivée : .....

**3 – MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE (joindre justificatif)**

tutelle  curatelle  sauvegarde de justice

Depuis le : .....

Nom et adresse du tuteur ou de l'association chargée de la mesure (préciser le nom du délégué) :

**4 – REFERENT (personne à contacter et qui recevra copie de tous les courriers concernant le demandeur)**

Nom d'usage : ..... Nom de jeune fille : .....

Prénom : ..... Date de naissance : .....

Adresse : .....

..... Tél : .....

Adresse mail : .....

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

S'agit-il d'un professionnel ?  oui  non Qualité : .....

## 5 – RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES REVENUS ET LE PATRIMOINE DU DEMANDEUR ET DE SON CONJOINT, CONCUBIN OU PACSE

Pour l'appréciation des ressources permettant le calcul de la participation, il est tenu compte du revenu déclaré de l'année de référence tel que mentionné dans le dernier avis d'imposition ou de non imposition, des revenus soumis à prélèvement libératoire et le cas échéant ceux du conjoint, du concubin ou de la personne avec qui il a été conclu un PACS.

### ➤ Ressources (joindre les justificatifs)

Percevez-vous :	OUI	NON
✓ l'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
✓ la prestation complémentaire pour recours à tierce personne (PCRTP) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
✓ la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
✓ l'Aide Ménagère au titre de l'aide sociale.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
✓ l'Aide Ménagère versée par les caisses de retraite .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
✓ la Majoration Tierce Personne (MTP) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**ATTENTION** : l'Allocation Départementale Personnalisée d'Autonomie n'est cumulable ni avec l'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne ni avec la Majoration Tierce Personne ni avec la Prestation de Compensation du Handicap ni avec la prestation légale d'Aide Ménagère.

### ➤ Patrimoine du demandeur et le cas échéant du conjoint, du concubin ou du pacsé

- ✓ Assurance vie.....  Oui  Non  
Montant : .....
- ✓ Biens mobiliers et capitaux non placés.....  Oui  Non  
Montant : .....
- ✓ Etes-vous locataire : .....  Oui  Non
- ✓ Etes-vous hébergé à titre gracieux : .....  Oui  Non
- ✓ Etes-vous propriétaire : .....  Oui  Non

Si oui , compléter le tableau ci-dessous :

Propriétaire <small>(demandeur, conjoint, concubin, pacsé)</small>	Lieu	Nature <small>(maison, appartement, terrain)</small>	Loué, non loué, exonéré

Si vous êtes propriétaire ou usufruitier, l'habitation principale est-elle occupée par une personne de votre famille :

- non  oui, préciser le lien parenté : .....

*A titre indicatif : compte courant, Livrets d'Epargne (1<sup>er</sup> livret et 2<sup>ème</sup> livret), d'Epargne Populaire, C.O.D.E.V.I., Epargne Logement, Bons d'Epargne, assurance vie, P.E.P., Obligations - Actions, S.I.C.A.V. et fonds commun de placement, S.C.P.I., Bons anonymes, etc... Préciser leur montant et distinguer ceux qui font l'objet d'un prélèvement libératoire.*

.....

.....

.....

## 6 – RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PROCHE AIDANT

Le proche aidant intervient de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accompagner ou accomplir tout ou partie des actes ou activités de la vie quotidienne.

Nom – Prénom : .....  
Date de naissance : .....  
Adresse : .....  
Nature du lien (parenté, voisinage ...) : .....  
Nature de l'aide apportée (ménage, toilettes, courses ...) : .....  
Durée et périodicité approximative : .....

## 7 – DEMANDE SIMPLIFIEE D'UNE CARTE D'INVALIDITE ET CARTE DE STATIONNEMENT

Souhaitez vous bénéficier de la carte d'invalidité prévue à l'article L. 241-3 du Code de l'action sociale et des familles ?  Oui  Non

Souhaitez vous bénéficier de la carte de stationnement prévue à l'article L. 241-3-2 du Code de l'action sociale et des familles ?  Oui  Non

**L'attribution de ces cartes sera automatique si votre niveau de perte d'autonomie est évalué en GIR 1 ou en GIR 2.**

## 8 – PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR OBLIGATOIREMENT

- Photocopie d'un justificatif d'identité (livret de famille, de la carte nationale d'identité, passeport ou acte de naissance) ou, s'il s'agit d'un demandeur de nationalité étrangère, la carte de résidence ou du titre de séjour en cours de validité.
- Photocopie du **dernier avis d'imposition** ..... **sur les revenus** ..... (**recto-verso en intégralité**) ou de non imposition à l'impôt sur le revenu : *concerne le demandeur et son conjoint, son concubin ou la personne avec laquelle il a conclu un pacte civil de solidarité. En cas de situation partielle (année de séparation, veuvage...) merci de fournir tous les avis d'imposition ou de non imposition.*
- Photocopie du dernier relevé de **toutes les taxes foncières** ..... (**recto-verso en intégralité**) (résidence principale et résidence secondaire même si vous êtes usufruitier) sur les propriétés bâties et sur les propriétés non bâties (**préciser sur chaque relevé si la propriété est louée ou non**) : *concerne le demandeur et son conjoint, son concubin ou la personne avec laquelle il a conclu un pacte civil de solidarité. Préciser si vous bénéficiez d'une exonération de la taxe foncière pour votre résidence principale.*
- Toute pièce justificative des capitaux relevant du patrimoine dormant (Relevé annuel d'assurance vie, ...)
- Relevé d'identité bancaire ou postal officiel au **NOM et PRENOM du demandeur**
- Photocopie de la carte vitale ou d'un document précisant votre n° de sécurité sociale.

Nota : L'imprimé à remplir par le médecin traitant, joint à ce dossier, est une pièce **facultative**.

Toutefois, si vous souhaitez qu'il soit renseigné, il pourra apporter des informations très utiles à l'évaluation de votre dépendance et à l'établissement de votre plan d'aide.

## 9 – ENGAGEMENT SUR L'EXACTITUDE DES INFORMATIONS COMMUNIQUEES

Je, soussigné(e) ..... né(e) le .....  
déclare certifier sur l'honneur l'exactitude de tous les renseignements figurant sur ce dossier et avoir pris connaissance des sanctions encourues en cas de fausse déclaration.

J'autorise également les services du Département à transmettre mon dossier aux caisses de retraite en cas de rejet de l'Allocation Départementale Personnalisée d'Autonomie.

A ..... le .....  
Signature du demandeur Autre signataire (qualité à préciser)

*Sanctions encourues : Sans préjudice des paiements en restitution, quiconque aura frauduleusement bénéficié ou tenté de bénéficier de l'aide sociale, sera puni des peines prévues aux articles 313.1, 313.7 et 313.8 du code pénal (article L 133-6 du Code de l'Aide Sociale et des Familles).*