

Feuillet à destination de l'Assistante Sociale du Conseil Départemental

Chère Madame, Cher Monsieur,

Dans le cadre de la demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) qui vous est adressée, je vous informe que l'utilisateur a la possibilité de faire appel à Click&Care, 1^{er} réseau national de professionnels soignants et médico-sociaux, pour recruter en emploi direct son intervenant.

Vous avez la possibilité de comparer précisément sur le site www.calculapa.fr le reste à charge du bénéficiaire en fonction :

- De son taux de participation,
- Des devis des structures d'aide à domicile reçus,
- Des modes d'intermédiation courants : prestataire, mandataire et emploi direct à travers la plateforme de recrutement nationale Click&Care.

Fondé par une équipe médicale, Click&Care accompagne la maîtrise des dépenses pour les payeurs en réduisant les dépenses des Collectivités et le reste à charge des Familles, tout en rémunérant davantage les auxiliaires de vie au bénéfice d'une meilleure prise en charge.

Click&Care est une filiale de la Caisse des Dépôts et des Consignations et de la MAIF.

Le plan d'aide se calcule sur le mode gré à gré dit emploi direct.

Je suis à votre entière disposition pour toute question que vous pourriez avoir.
Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes sincères salutations.

Docteur Lina Bougrini
Fondatrice de Click&Care



DROITS ET SERVICES A LA PERSONNE AGEE

DOSSIER DE DEMANDE

NOM

PRENOM (S)

ADRESSE

COMMUNE

CANTON

TELEPHONE

Nature de l'aide sociale sollicitée : (Cochez la case 1 ou 2)

1 - Allocation personnalisée d'autonomie

A domicile (remplir les pages 1 à 5 et l'autorisation expresse)

En Etablissement (nom et adresse de l'établissement)

Sans demande d'aide sociale à l'hébergement
(remplir les pages 1 à 5)

Avec demande d'aide sociale à l'hébergement
(remplir les pages 1 à 5 et la fiche de renseignements complémentaires)

2 - Aide ménagère au titre de l'aide sociale départementale :
(remplir les pages 1 à 5 et la fiche de renseignements complémentaires)

BENEFICIAIRE

Madame

Mademoiselle

Monsieur

Nom de naissance :

Nom marital :

Prénoms :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

N° de Sécurité Sociale :

Nationalité française

Ressortissant de l'Union Européenne

Autre

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

Etes-vous retraité ?

oui

non

Si oui, précisez votre caisse de retraite principale :

CONJOINT*

Madame

Mademoiselle

Monsieur

Nom de naissance :

Nom marital :

Prénoms :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

N° de Sécurité Sociale :

Exercice d'une activité ?

oui

non

Retraité ?

oui

non

Si oui, précisez le régime de retraite principal :

* Conjoint, concubin ou personne avec laquelle le bénéficiaire a conclu un Pacte Civil de Solidarité

LIEU DE RESIDENCE

Lieu de résidence actuelle du bénéficiaire :

Lieu de résidence actuelle de son conjoint (si différent du précédent) :

Cochez l'une des cases suivantes, si le lieu de résidence du demandeur est :

Un établissement d'hébergement pour personnes âgées
date d'entrée :

Le domicile d'un particulier accueillant à titre onéreux
dans le cadre de la loi du 10 juillet 1989
date de début d'accueil :

Indiquez votre adresse avant votre hébergement en établissement ou votre accueil en famille :

MESURE DE PROTECTION

Mentionnez, le cas échéant, l'existence d'une mesure de protection juridique :

Sauvegarde de justice : Tutuelle : Curatelle :

Nom et adresse du tuteur ou de l'association chargée de la mesure :

VISITE de l'équipe médico-sociale			
Coordonnées des personnes référentes que vous souhaitez voir contactées pour la visite d'évaluation à domicile ou en cas d'urgence (enfant, parent, autre) :			
NOM - PRENOM	ADRESSE	TELEPHONE	LIEN DE PARENTE

Nom, adresse et téléphone de votre médecin traitant :

Je souhaite que mon médecin traitant assiste à la visite à domicile
Je ne souhaite pas que mon médecin traitant assiste à la visite à domicile

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES REVENUS

1- Ressources annuelles

	Bénéficiaire	Conjoint
Pensions et retraites (indiquer le montant déclaré figurant sur la 1 ^{ère} ligne de votre avis d'imposition ou de non imposition)		
Revenus soumis au prélèvement libératoire en application de l'article 125 A du Code général des impôts		

2 - Allocations

Percevez vous ?

	OUI	NON	MONTANT (facultatif)
L'allocation compensatrice pour tierce personne			
La prestation spécifique dépendance			
L'aide ménagère versée par les caisses de retraite			
La majoration pour aide constance d'une tierce personne			
L'aide ménagère au titre de l'aide sociale départementale			

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT
LE PATRIMOINE DU BENEFICIAIRE**

A renseigner pour le bénéficiaire et, le cas échéant, son conjoint, son concubin ou la personne avec laquelle il a conclu un Pacte Civil de Solidarité

1 - BIENS IMMOBILIERS (à l'exception de la résidence principale si elle est occupée par le bénéficiaire, son conjoint ou la personne avec qui il a conclu un Pacte Civil de Solidarité)

Nature	Adresse	Valeur locative indiquée dans le dernier relevé de taxe foncière sur les propriétés bâties et non bâties

2 - BIENS MOBILIERS ET EPARGNE

Nature	N° de compte	Capital
Compte chèque rémunéré		
Livret d'épargne 1 ^{er} livret 2 ^{ème} livret		
Livret d'épargne populaire (LEP)		
C.O.D.E.V.I.		
Plan ou Compte Epargne Logement		
Plan d'épargne populaire		
Autres		

**LISTE DES PIECES JUSTIFICATIVES
à joindre impérativement
au dossier de demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie**

- * La photocopie du Livret de famille ou de la carte d'identité ou d'un passeport d'un état membre de l'Union Européenne ou d'un extrait d'acte de naissance ; ou s'il s'agit d'un bénéficiaire de nationalité étrangère, non ressortissant d'un des Etats membres de l'Union Européenne, la photocopie de la carte de résidence ou du titre de séjour
- * La photocopie de l'avis d'imposition ou de non imposition à l'impôt sur le revenu :
pour une demande déposée entre janvier et août de l'année n, fournir l'avis de l'année n-2,
pour une demande déposée entre septembre et décembre, fournir l'avis de l'année n-1
- * La photocopie du dernier relevé des taxes foncières sur les propriétés bâties et non bâties
- * Un relevé d'identité bancaire ou postal

Je soussigné (e), agissant en mon nom propre / en ma qualité de représentant de M. ou Mme, certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis dans le présent dossier.

* Rayer la mention inutile

DATE

SIGNATURE

LE DOSSIER COMPLET EST A ADRESSER A :
Monsieur le Président du conseil départemental
Site d'action médico-sociale dont dépend votre canton de résidence
(voir liste jointe)

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 qui protège les droits et libertés individuels.

Conformément à l'article 27 de cette loi, les personnes, auprès desquelles sont recueillies des informations nominatives, sont informées que :

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 les 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 selon la prestation dont vous bénéficiez , en justifiant de votre identité, à : Monsieur le Président du Conseil départemental - 58039 NEVERS CEDEX

AUTORISATION EXPRESSE

**EN CAS DE REJET DE MA DEMANDE
D'ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE**

J'autorise le conseil départemental à transmettre mon dossier administratif à ma Caisse de retraite principale :

Nom de l'organisme :

Adresse :

afin de pouvoir bénéficier de l'aide ménagère sans autre démarche

Je n'autorise pas la transmission de mon dossier, j'engagerai moi-même les démarches nécessaires

Fait à

le

SIGNATURE

**ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE
EN ETABLISSEMENT**

PAIEMENT DE L'ALLOCATION

Cocher l'une des deux cases ci-dessous

- Je demande que l'Allocation soit directement versée à l'établissement où je réside
- Je demande que l'Allocation soit versée sur mon compte bancaire (fournir un relevé d'identité bancaire ou postal).

SIGNATURE