

APA 89

Dossier de demande d'ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE à DOMICILE

NOM : NOM de jeune fille :

PRENOM :

ADRESSE ACTUELLE : Domicile ou assimilé Placement familial agréé

.....
.....

Date EXACTE d'arrivée à l'adresse actuelle :

Adresse personnelle précédente :

.....

Dossier rempli avec l'aide de :

Nom - Prénom : Qualité : Tél

Tuteur ou Curateur légal Date du Jugement : (joindre copie du jugement)

Organisme :

Nom et Prénom :

Adresse :

Téléphone / Mail :

Cadre réservé à l'administration

Dossier reçu le :

Dossier déclaré incomplet et renvoyé le :

Dossier déclaré complet le :

N° DEMANDE :

Célibataire Séparé(e) Marié(e) Veuf(ve) Divorcé(e) Concubin(e) Contrat PACS
 Depuis le

ETAT CIVIL	VOUS Le demandeur	CONJOINT, CONCUBIN OU PARTENAIRE PACS
NOM		
NOM de jeune fille		
PRENOM		
DATE de NAISSANCE		
LIEU de NAISSANCE		
NATIONALITE		

N° de téléphone (indispensable pour la visite)	
N° de portable	
Adresse électronique	

VOUS ETES RETRAITE(E)	OUI <input type="checkbox"/> / NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> / NON <input type="checkbox"/>
Organisme principal de retraite		
N° sécurité sociale		

COORDONNEES DE LA PERSONNE REFERENTE DU DEMANDEUR (enfant, parent, autre) à contacter pour la visite d'évaluation ou en cas d'urgence	
M., Mme, Mlle	Lien de parenté :
Adresse :	
Code postal :	Ville :
Téléphone : Courriel :	

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES AIDANTS PRINCIPAUX DU DEMANDEUR (FACULTATIF)

Ce volet du dossier de demande vise à apporter des premières informations sur les personnes de votre famille ou de votre entourage amical ou de voisinage qui vous apportent une aide dans la vie quotidienne, qu'on dénommera « aidants » dans ce qui suit.

- Nom et prénom de votre ou de vos aidants :
- Age de votre ou de vos aidants :
- Lieu de résidence de votre ou de vos aidants :
- Nature de votre lien avec votre ou vos aidants :
- Nature de l'aide apportée (par exemple : accompagnement dans les déplacements à l'extérieur de votre domicile, aide aux repas, etc ...) :
- Durée et périodicité approximatives de cette aide pour une journée, une semaine ou un mois (selon ce qui vous paraît le plus pertinent) :

REVENUS ET PATRIMOINE DU FOYER (VOIR NOTICE EXPLICATIVE)

- Revenus soumis au prélèvement libératoire (Articles 125-0 A et 125 D du code général des impôts) n'apparaissant pas sur l'avis d'imposition :

Montant à préciser pour le demandeur : €

Montant à préciser pour son conjoint, son concubin ou la personne avec laquelle il a conclu un pacte civil de solidarité : €

- Montant des biens mobiliers et capitaux non placés (sauf ceux exonérés d'impôts -livret A, livret DD, PEL, PEA) : €

- Valeur des contrats d'assurance-vie (joindre le relevé annuel de situation du contrat d'assurance-vie) :

..... €

Habitation : êtes-vous ? Locataire Propriétaire Occupant à titre gratuit

Pour les résidences secondaires ou les biens non loués, joindre obligatoirement les copies de la taxe foncière ou des références cadastrales :

VOS BIENS IMMOBILIERS			
	Propriété(s) bâtie(s)	Propriété(s) non bâtie(s)	
Nature (précisez : résidence secondaire, terrain)			
Adresse (s)			

AUTRES ALLOCATIONS

Percevez-vous un des avantages suivants :

- l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) (*) : OUI NON
- La majoration pour aide constante d'une tierce personne (MTP) (*) : OUI NON
- la prestation complémentaire pour recours à tierce personne (PC RTP) (*) : OUI NON
- l'aide ménagère versée par les caisses de retraite (*) : OUI NON
- l'aide ménagère au titre de l'aide sociale départementale : OUI NON
- la prestation de compensation du handicap (PCH) (*) : OUI NON

(*) Joindre le justificatif correspondant

Attention ! Aucune de ces prestations n'est cumulable avec l'APA

Pour votre information, après évaluation de votre perte d'autonomie, le Conseil Départemental pourra vous proposer le bénéfice d'une carte de stationnement et d'invalidité.

DOCUMENTS A JOINDRE IMPÉRATIVEMENT AU DOSSIER DE DEMANDE

- photocopie du livret de famille ou de la carte nationale d'identité ou d'un passport de la Communauté européenne ou un extrait d'acte de naissance

- ❑ si vous êtes de nationalité étrangère (non ressortissant d'un des états membres de l'Union Européenne), joindre une photocopie de la carte de résidence ou du titre de séjour en cours de validité
- ❑ photocopie du dernier avis d'imposition ou de non imposition à l'impôt sur le revenu (les 2 feuilles recto-verso) du demandeur et de son conjoint ou de son concubin ou de la personne avec laquelle il a conclu un PACS
- ❑ un relevé d'identité bancaire ou postal à votre nom
- ❑ l'annexe 1 remplie et signée autorisant la transmission des informations relatives à votre demande à votre caisse de retraite principale, en cas de rejet de la demande d'A.P.A.
- ❑ Le cas échéant, toute pièce justificative des biens ou capitaux relevant du patrimoine dormant (photocopie du dernier relevé des taxes foncières sur les propriétés bâties et non bâties, relevé annuel de situation du contrat d'assurance vie,)

Le dossier de demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie sera déclaré complet à condition que celui-ci soit dûment complété, daté et signé et que les justificatifs ci-dessus soient joints à la demande.

PIÈCE COMPLÉMENTAIRE

- ❑ l'évaluation médicale (enveloppe jointe au dossier) de la perte d'autonomie remplie par votre médecin traitant, sous pli cacheté

Je soussigné(e),agissant en mon nom propre*/en qualité de représentant légal*/en ma qualité de référent*, certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant dans ce dossier d'A.P.A.

Je suis tenu(e) d'informer, dans les meilleurs délais, le Département de l'Yonne, de tout changement ultérieur de situation.

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 L.331-1, L.331-3, L.433-19 et L. 441-7 du Code Pénal ainsi que, le cas échéant, à la récupération par le Département des sommes indûment perçues.

Fait à :

le,

Signature :

* Rayer la mention inutile

DISPOSITIONS RELATIVES A LA LOI DU 6 JANVIER 1978

Les traitements relatifs à cette demande sont informatisés. Ils sont donc 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) Les destinataires des informations collectées sont exclusivement les administrations et organismes habilités à connaître des dossiers d'aide à domicile ou en établissement ;
- 2) En tout état de cause, les personnes concernées ont un droit d'accès et de rectification des informations nominatives stockées ou traitées informatiquement.

Pour l'exercice de ce droit, il convient de vous adresser selon la prestation dont vous bénéficierez, en justifiant de votre identité, à :

Monsieur le Président du Conseil Départemental
Pôle des Solidarités Départementales
 Direction Autonomie Handicap Dépendance
 Service d'Aide au Maintien à l'Autonomie (SAMA)
 16 – 18 boulevard de la Marne
 89089 AUXERRE Cedex