



CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE L'AVEYRON

PÔLE DES SOLIDARITÉS DÉPARTEMENTALES

Cadre réservé à l'administration

N° DOSSIER :

**DEMANDE D'ALLOCATION DÉPARTEMENTALE
PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE
D'UNE PERSONNE DE SOIXANTE ANS OU PLUS**

NOM :

PRÉNOM :

ADRESSE ACTUELLE :

.....

CODE POSTAL : COMMUNE :

TÉLÉPHONE FIXE : TÉLÉPHONE PORTABLE :

ADRESSE MAIL : @

DOSSIER A RETOURNER :

Cadre réservé à l'administration

APA A DOMICILE

1^{ère} DEMANDE

APA EN ETABLISSEMENT
HORS DEPARTEMENT

REVISION

RENOUELEMENT

Date de réception de la demande :

Date du dossier complet :

N° DOSSIER

A – RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DEMANDEUR

> ETAT CIVIL

	DEMANDEUR	CONJOINT OU PERSONNE VIVANT MARITALEMENT
Nom :		
Nom de jeune fille :		
Prénom :		
Date et lieu de naissance :		
N° de sécurité sociale :		
Nationalité :	<input type="checkbox"/> Française <input type="checkbox"/> R ressortissant de l'Union Européenne <input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Française <input type="checkbox"/> R ressortissant de l'Union Européenne <input type="checkbox"/> Autre
Situation de famille :	<input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Concubin(e) <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Célibataire	
Régime de retraite :	Etes-vous retraité(e) ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si OUI, précisez le régime de retraite principal : Si NON, précisez votre activité	Etes-vous retraité(e) ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si OUI, précisez le régime de retraite principal : Si NON, précisez votre activité

> ADRESSE

ADRESSE ACTUELLE DU DEMANDEUR Précisez s'il s'agit :	<input type="checkbox"/> du domicile <input type="checkbox"/> de l'établissement <input type="checkbox"/> de l'accueil à domicile par un particulier (accueil familial)
Depuis le : Adresse du domicile habituel (si différent du lieu de résidence actuelle)	
ADRESSE PRECEDENTE si vous résidez à l'adresse actuelle depuis moins de 3 mois ou en établissement :	
LIEU DE RESIDENCE ACTUELLE DU CONJOINT si elle est différente de celle du demandeur :	
RESIDENCE PRINCIPALE : Etes-vous <input type="checkbox"/> Propriétaire <input type="checkbox"/> Locataire <input type="checkbox"/> Autre	AUTRE BIEN (bâti ou non bâti) : Etes-vous <input type="checkbox"/> Propriétaire <input type="checkbox"/> Locataire <input type="checkbox"/> Autre

> COORDONNEES de la personne référente à contacter :

Statut : enfant, parent, autre, précisez

Nom - Prénom :

Adresse :

N° de téléphone : E-mail :

Souhaitez-vous que cette personne assiste à la visite à domicile ? OUI NON

> BENEFICIEZ-VOUS ACTUELLEMENT DE :

La Prestation de Compensation du Handicap ?	<input type="checkbox"/> oui	montant/mois.....€	<input type="checkbox"/> non
L'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne ?	<input type="checkbox"/> oui	montant/mois.....€	<input type="checkbox"/> non
La Majoration pour aide constante d'une Tierce Personne ?	<input type="checkbox"/> oui	montant/mois.....€	<input type="checkbox"/> non
L'aide ménagère au titre de l'aide sociale départementale ?	<input type="checkbox"/> oui	nombre d'heures/mois	<input type="checkbox"/> non
L'aide ménagère au titre de votre caisse de retraite ?	<input type="checkbox"/> oui	nombre d'heures/mois	<input type="checkbox"/> non

> MESURE DE PROTECTION :

Précisez le cas échéant si vous faites l'objet d'une mesure de : Sauvegarde de justice Tutelle Curatelle

Nom, Prénom et Adresse du représentant légal :

.....

B - PATRIMOINE DORMANT DU FOYER - NON PRODUCTIF DE REVENUS ET NON PLACÉ

(le demandeur et le cas échéant le conjoint ou la personne vivant maritalement)

ATTENTION : Compléter toutes les rubriques ou porter la mention «NEANT» s'il y a lieu

BIENS IMMOBILIERS NON LOUES			
Propriétés	Si bien(s) en indivision : indiquer les noms des copropriétaires	Adresse du bien (pour les terrains non bâtis mentionner uniquement la commune)	Revenu cadastral (valeur indiquée dans la taxe foncière sur la ligne base)
Immeubles bâtis non exploités autres que la résidence principale			
Terrains non bâtis			

Je ne suis propriétaire d'aucun bien immobilier bâti ou non bâti

BIENS MOBILIERS ET EPARGNE		
Nature	Montants détenus par le demandeur	Montants détenus par le conjoint ou la personne vivant maritalement
Biens mobiliers non placés (objets de valeur)		
Epargne non placée (liquidités)		

C - RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

A fournir pour les personnes hébergées en établissement d'accueil pour personnes âgées :

- Bénéficiez-vous d'une aide sociale à l'hébergement ? OUI NON
- Avez-vous déposé conjointement à la présente demande une demande d'aide sociale à l'hébergement ? OUI NON

Je soussigné(e) agissant en mon nom propre en ma qualité de représentant légal de..... certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant dans ce dossier de demande d'APA. Je suis informé(e) que toute fausse déclaration ou falsification de document m'expose à des poursuites ainsi que le cas échéant, à la récupération par le Département des sommes indûment perçues.

Fait à le
Signature du demandeur ou de son représentant légal

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. 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 rectification des informations nominatives stockées ou traitées informatiquement.

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

Monsieur le Président du Conseil Départemental à l'adresse suivante :
Pôle des Solidarités Départementales
Direction des Affaires Administratives et Financières
Service Instruction et Gestion des Prestations
4 rue Paraire – CS 23109 – 12031 RODEZ CEDEX 9

DISPOSITIONS RELATIVES A LA LOI DU 20 JUILLET 2001

Conformément à l'article L. 232-16 du Code de l'action sociale et des familles tel que modifié par la loi N° 2003-289 du 31 mars 2003 :

« Art. L. 232-16. – Pour vérifier les déclarations des intéressés et s'assurer de l'effectivité de l'aide qu'ils reçoivent, les services chargés de l'évaluation des droits à l'allocation personnalisée d'autonomie et du contrôle de son utilisation peuvent demander toutes les informations nécessaires aux administrations publiques, notamment aux administrations fiscales, aux collectivités territoriales, aux organismes de sécurité sociale et de retraite complémentaire qui sont tenus de les leur communiquer. Lesdites informations doivent être limitées aux données nécessaires à l'identification de la situation du demandeur en vue de l'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie et au contrôle de l'effectivité de l'aide, en adéquation avec le montant d'allocation versé. Elles sont transmises et utilisées dans des conditions garantissant leur confidentialité ».



DEMANDE D'ALLOCATION DÉPARTEMENTALE PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE

**Veillez retourner la demande d'A.P.A. dûment complétée et signée
accompagnée des pièces ci-dessous :**

- Pour les demandeurs de nationalité française ou ressortissants des Etats membres de l'Union Européenne, la photocopie de la carte nationale d'identité ou du passeport ou du livret de famille régulièrement tenu à jour ou un extrait d'acte de naissance
 - Pour les demandeurs de nationalité étrangère, non ressortissants d'un des Etats membres de l'Union Européenne, les justificatifs de résidence en France (photocopie du titre de séjour ou de la carte de résidence)
 - La photocopie de votre dernier avis d'imposition ou de non-imposition à l'impôt sur le revenu, de celui de votre conjoint, de votre concubin ou de la personne ayant conclu avec vous un pacte civil de solidarité : pour une demande déposée entre janvier et août de l'année N, fournir l'avis de l'année N-1 sur les revenus de l'année N – 2, et entre septembre et décembre, fournir celui de l'année N sur les revenus de l'année N – 1
 - Le relevé des capitaux placés et des intérêts annuels complété par chaque établissement bancaire ou financier au sein duquel vous possédez un compte
 - La photocopie du (ou des) dernier(s) relevé(s) de taxe foncière pour l'ensemble de vos propriétés bâties et non bâties sur le territoire national
 - Un relevé d'identité bancaire ou postal
 - Les justificatifs d'attribution (notification de décision, durée ou validité du droit) de l'une des prestations suivantes :
 - Allocation Compensatrice Tierce Personne
 - Majoration Tierce Personne
 - Prestation de Compensation du Handicap
 - Aide ménagère servie par les Caisses
 - Une copie de la mesure de protection, le cas échéant
 - Si vous recevez une rente viagère constituée pour vous prémunir contre le risque de perte d'autonomie : une copie du contrat relatif à la rente viagère
 - Si vous percevez des pensions alimentaires et concours financiers versés par vos enfants pour les prises en charge nécessitées par votre perte d'autonomie : les justificatifs du versement régulier et de l'affectation de ces sommes
- **Dans le cas d'une demande d'A.P.A. en établissement situé hors Aveyron, joindre également :**
- L'arrêté de tarification de l'établissement fourni par le Directeur
 - L'attestation de l'établissement précisant votre degré de dépendance



**DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE (A.P.A.) À DOMICILE
ET EN ÉTABLISSEMENT HORS DÉPARTEMENT DE L'AVEYRON**

RELEVÉ DES CAPITAUX PLACÉS ET DES INTÉRÊTS PERÇUS OU CAPITALISÉS, IMPOSABLES OU NON

Ce document doit être remis, pour être complété, à tous les établissements bancaires ou financiers au sein desquels vous possédez un compte.

Il est à photocopier en fonction du nombre d'organismes concernés.

NOM :

PRÉNOM :

Date de naissance :

**A l'attention de l'établissement bancaire ou financier : ces informations sont nécessaires à l'instruction de la demande d'A.P.A.
A défaut de transmission, la demande ne pourra pas aboutir. Nous vous remercions de votre contribution.**

PRODUITS	MONTANT DU CAPITAL (à la date de la demande)		MONTANT DES INTÉRÊTS PERÇUS OU CAPITALISÉS (au cours de la dernière année civile)		Précisez si les produits détenus sont soumis à l'impôt sur le revenu ou au prélèvement libératoire (2)
	Demandeur	Conjoint (1)	Demandeur	Conjoint (1)	
Livret d'Épargne A					
Livret d'Épargne Populaire (L.E.P.)					
Livret Développement Durable (L.D.D.)					
Livret ou Compte Épargne Logement					
Plan d'Épargne Logement (P.E.L.)					
Bons d'épargne, bons de caisse, bons de capitalisation					
Épargne Assurance Vie					
Plan d'Épargne Populaire (P.E.P.)					
S.C.P.I.					
Obligations – Actions					
S.I.C.A.V. – Fonds communs de placement					
Bons anonymes					
Autres : précisez					

(1) : conjoint ou concubin ou partenaire de Pacs

(2) : Si produit non imposable, apposez la mention «néant». Si produit imposable, indiquez à quel titre (capitaux mobiliers, ...)

Visa de l'établissement bancaire ou de l'organisme financier

L'organisme financier :

Le à

L'établissement bancaire :

Cachet et signature

Atteste que M
.....

N'a pas, à ce jour, dans notre établissement, d'autres formes d'épargne que celles indiquées ci-dessus.