AVEYRON
CONSEIL DÉPARTEMENTAL

CONSEIL DEPARTEMENTAL DE L'AVEYRON

PÔLE DES SOLIDARITÉS DÉPARTEMENTALES

Cadre réservé à l'administration

N° DOSSIER :.....

DEMANDE D'ALLOCATION 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**

☐ **APA EN ETABLISSEMENT HORS DEPARTEMENT**

☐ **1ère DEMANDE**

☐ **REVISION**

☐ **RENOUVELLEMENT**

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 :	☐ Française ☐ Ressortissant de l'Union Européenne ☐ Autre	☐ Française ☐ Ressortissant de l'Union Européenne ☐ Autre
Situation de famille :	☐ Marié(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf(ve) ☐ Concubin(e) ☐ Pacsé(e) ☐ Célibataire	
Régime de retraite :	Etes-vous retraité(e) ? ☐ oui ☐ non Si OUI, précisez le régime de retraite principal : …….. Si NON, précisez votre activité ……	Etes-vous retraité(e) ? ☐ oui ☐ non Si OUI, précisez le régime de retraite principal : …….. Si NON, précisez votre activité ……

➢ ADRESSE

ADRESSE ACTUELLE DU DEMANDEUR
Précisez s'il s'agit :
☐ du domicile
☐ de l'établissement
☐ 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	**AUTRE BIEN (bâti ou non bâti)** : Etes-vous
☐ Propriétaire ☐ Locataire ☐ Autre	☐ Propriétaire ☐ Locataire ☐ 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 ?	☐ oui	montant/mois.....€	☐ non
L'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne ?	☐ oui	montant/mois.....€	☐ non
La Majoration pour aide constante d'une Tierce Personne ?	☐ oui	montant/mois.....€	☐ non
La Prestation Complémentaire pour Recours à Tierce Personne ?	☐ oui	montant/mois..... €	☐ non
L'aide-ménagère versée par les caisses de retraite ?	☐ oui	nombre d'heures/mois……	☐ non
L'aide-ménagère au titre de l'aide sociale départementale ?	☐ oui	nombre d'heures/mois.....	☐ 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 – DEMANDE SIMPLIFIEE D'UNE CARTE MOBILITE INCLUSION (CMI)

Article L 241-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles

Si l'APA à domicile vous est accordée au titre du GIR 1 ou 2, vous pouvez bénéficier sans autre condition et à titre définitif de la carte mobilité inclusion comportant les mentions "invalidité" et/ou "stationnement pour personnes handicapées"

Souhaitez-vous bénéficier de la CMI mention « invalidité » : ☐ oui ☐ non

Souhaitez-vous bénéficier de la CMI mention « stationnement pour personnes handicapées » : ☐ oui ☐ non

D - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PROCHES AIDANTS DU DEMANDEUR

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 de manière régulière et fréquente dans la vie quotidienne, qu'on dénommera "aidants" dans ce qui suit.

Bénéficiez-vous d'aide de votre entourage (famille, voisins, amis, bénévoles …) ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui :

	Proche aidant 1	Proche aidant 2
Nom et prénom		
Date de naissance		
Adresse		
Lien avec le demandeur (conjoint, enfant, voisin etc.)		
Nature de l'aide apportée (par exemple : accompagnement dans les déplacements à l'extérieur de votre domicile, courses etc.)		
Durée et périodicité approximatives de cette aide pour une journée, une semaine ou un mois		

E - 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 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 : « 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 ».

IMPORTANT

Liste des pièces à joindre au dossier de demande d'allocation personnalisée d'autonomie

- ☐ 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 du dernier avis de situation déclarative à l'impôt sur le revenu (ASDIR) ou, à défaut, du dernier avis d'imposition sur les revenus déclarés par le demandeur, ou par le couple pour les personnes mariées ou pacsées ou en concubinage,
- ☐ La photocopie du (ou des) dernier(s) relevé(s) d'informations annuel(s) du (ou des) contrat(s) d'assurance vie du demandeur, ou du couple pour les personnes mariées ou pacsées ou en concubinage.
  Si aucun contrat d'assurance vie n'est détenu : l'attestation sur l'honneur relative aux contrats d'assurance vie à déclarer pour une demande d'APA (document joint),
- ☐ La photocopie du (ou des) dernier(s) relevé(s) des taxes foncières sur l'ensemble des propriétés bâties et/ou non bâties du demandeur sur le territoire national, ou du couple pour les personnes mariées ou pacsées ou en concubinage,
- ☐ 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, le cas échéant :
  - ☐ Allocation Compensatrice Tierce Personne
  - ☐ Majoration Tierce Personne
  - ☐ Prestation Complémentaire pour Recours à Tierce Personne
  - ☐ Prestation de Compensation du Handicap
  - ☐ Aide ménagère servie par les Caisses,
- ☐ Une copie de la mesure de protection, le cas échéant,
- ☐ Si le demandeur reçoit une rente viagère constituée pour se prémunir contre le risque de perte d'autonomie : une copie du contrat relatif à la rente viagère,
- ☐ Si le demandeur perçoit des pensions alimentaires et concours financiers versés par ses enfants pour les prises en charge nécessitées par sa perte d'autonomie : les justificatifs du versement régulier et de l'affectation de ces sommes.

Dans le cas d'une demande d'APA en établissement situé hors Aveyron, joindre également :

- ☐ L'arrêté de tarification de l'établissement fourni par le Directeur,
- ☐ L'attestation de l'établissement précisant le degré de dépendance du demandeur,
- ☐ Le numéro SIRET de l'établissement,
- ☐ Le relevé d'identité bancaire de l'établissement.

Mise à jour le 13.07.2017

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

relative aux contrats d'assurance vie à déclarer pour une demande d'allocation personnalisée d'autonomie (APA)

L'article 2 du Décret n° 2016-210 du 26 février 2016 relatif à la revalorisation et à l'amélioration de l'allocation personnalisée d'autonomie (…) dispose que la valeur des contrats d'assurance vie, qui relèvent du patrimoine dormant, doit être déclarée lors d'une demande d'APA.

Si le demandeur d'APA, ou son conjoint ou son concubin ou la personne avec laquelle il a conclu un PACs, ne possède pas de contrat d'assurance vie, cette attestation doit être complétée.

Loi de finances rectificative pour 2013 : à compter du 1er janvier 2016, les entreprises d'assurance et organismes assimilés doivent déclarer à l'administration fiscale, via un fichier FICOVIE, la souscription et le dénouement des contrats de capitalisation et des placements de même nature, notamment des contrats d'assurance vie.

En vertu de l'Article L153 A du Livre des procédures fiscales, l'administration fiscale transmet chaque année au Conseil départemental les informations nécessaires à l'appréciation des ressources des bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie.

Je soussigné(e), ……

né(e) le …… à ……..……..……...……..

demeurant à …….……

……...

déclare sur l'honneur ne détenir aucun contrat d'assurance vie (ni mon conjoint, ni mon concubin, ni la personne avec laquelle j'ai conclu un PACs).

Je suis informé(e) que toute fausse déclaration ou falsification de document entraînera des poursuites par le Conseil départemental, en application des articles 441-6 et 313-2 du Code Pénal. Le cas échéant, le Département récupèrera les sommes indûment perçues.

Fait à ……. le .....

Signature du demandeur : .....

Mise à jour le 01.01.2017