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

Pôle des Solidarités Départementales
DAAF
CS 23109
12031 RODEZ CEDEX 9

Cadre réservé à l'administration

☐ **APA A DOMICILE**

☐ **APA EN ETABLISSEMENT HORS DEPARTEMENT**

☐ **1ère DEMANDE**

☐ **REVISION**

☐ **RENOUVELLEMENT**

N° DOSSIER

Date de réception de la demande : .....

Date du dossier complet : .....

A – RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DEMANDEUR

ÉTAT CIVIL	DEMANDEUR	CONJOINT OU CONCUBIN
Nom		
Nom de jeune fille		
Prénom		
Date et lieu de naissance		
N° de sécurité sociale		

Êtes-vous bénéficiaire d'un régime d'assurance maladie obligatoire d'un État membre de l'Union européenne ou partie à l'Espace économique européen, autre que la France ou de la Confédération suisse ? ☐ oui ☐ non

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	Êtes-vous retraité(e) ? ☐ oui ☐ non Si OUI, précisez le régime de retraite principal : …… Si NON, précisez votre activité ……	Êtes-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 de l'adresse actuelle)*

……

Adresse précédente si vous résidez à l'adresse actuelle depuis moins de 3 mois ou en établissement

……

Lieu de résidence actuelle du conjoint si elle est différente de celle du demandeur

……

Résidence principale : Êtes-vous ☐ Propriétaire ☐ Locataire ☐ Autre

Autre bien (bâti ou non bâti) : Êtes-vous ☐ Propriétaire ☐ Locataire ☐ Autre

COORDONNÉES 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

BÉNÉFICIEZ-VOUS ACTUELLEMENT D'UNE ou DES PRESTATIONS SUIVANTES ?

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 votre caisse de retraite ?	☐ oui	nombre d'heures/mois……h	☐ non
L'aide-ménagère versée par le conseil départemental ?	☐ oui	nombre d'heures/mois……h	☐ non

BÉNÉFICIEZ-VOUS D'UNE MESURE DE PROTECTION ?

Si oui, vous bénéficiez d'une mesure de : ☐ Sauvegarde de justice ☐ Tutelle ☐ Curatelle

ÊTES-VOUS REPRÉSENTÉ(E) PAR UN MANDATAIRE DANS LE CADRE D'UN MANDAT DE PROTECTION FUTURE ?

☐ OUI ☐ NON

ÊTES-VOUS REPRÉSENTÉ(E) PAR UN PROCHE DISPOSANT D'UNE HABILITATION FAMILIALE DÉLIVRÉE PAR LE JUGE DES TUTELLES ? ☐ OUI ☐ NON

Coordonnées du représentant, de l'organisme ou du mandataire

Nom : .....

Adresse : .....

.....

B - PATRIMOINE DU FOYER

Le demandeur et le cas échéant celui du conjoint ou du concubin

Vous devez compléter toutes les rubriques et porter la mention « NÉANT » s'il y a lieu

BIENS IMMOBILIERS NON LOUES			
Propriétés	**Biens en indivision** indiquer les noms des copropriétaires	**Adresse des biens** 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 ÉPARGNE		
Nature	**Montants détenus par le demandeur**	**Montants détenus par le conjoint ou le concubin**
Biens mobiliers non placés (objets de valeur)		
Épargne non placée (liquidités)		

C – DEMANDE SIMPLIFIEE D'UNE CARTE MOBILITE INCLUSION (CMI)

Si l'APA à domicile vous est accordée en 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 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, dénommés "proches aidants" dans ce qui suit.

Bénéficiez-vous d'aide de votre entourage (famille, voisins, amis…) ? ☐ Oui ☐ Non
Si oui, complétez le tableau ci-dessous :

	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 (exemples : 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

À remplir uniquement par les personnes accueillies en établissement ou en accueil familial

Bénéficiez-vous d'une aide sociale à l'hébergement ?

☐ OUI ☐ NON

En plus de votre dossier d'APA, avez-vous déposé 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 perçues à tort.

Fait à..... **le** .....

Signature du demandeur ou de son représentant légal

Documents joints au dossier :

- *la liste des pièces à joindre à votre dossier*
- *une attestation sur l'honneur relative aux contrats d'assurance vie à déclarer*
- *une fiche explicative sur l'utilisation de l'allocation personnalisée d'autonomie*
- *un document présentant les traitements de données à caractère personnel destinés à la mise en œuvre de l'allocation personnalisée d'autonomie (décret n° 2017-880 du 9 mai* 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

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,
- ☐ La photocopie de la carte vitale
- ☐ 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 19.11.2018

MENTIONS LÉGALES

ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE

Attribution, gestion et contrôle d'effectivité de l'Allocation personnalisée d'autonomie mentionnée à l'article L. 232-1 du code de l'Action sociale et des familles

Décret n° 2017-880 du 9 mai 2017 autorisant les traitements de données à caractère personnel destinés à la mise en œuvre de l'Allocation personnalisée d'autonomie et de l'Aide sociale à l'hébergement

❖❖❖❖

Les informations recueillies vous concernant font l'objet d'un traitement informatique, auquel vous consentez, destiné à instruire votre demande d'allocation personnalisée d'autonomie et de contrôle du droit.
Le Conseil Départemental de l'Aveyron est le responsable de traitement.
Le traitement est nécessaire au respect d'une obligation légale à laquelle le responsable du traitement est soumis (article 6-1 C du RGPD). Cette aide s'inscrit dans le cadre réglementaire suivant :

- Règlement européen sur la protection des données ;
- Code de l'Action sociale et des familles,
- Règlement départemental d'Aide sociale,
- Décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel,
- Décret n° 2017-880 du 9 mai 2017 autorisant les traitements de données à caractère personnel destinés à la mise en œuvre de l'Allocation personnalisée d'autonomie et de l'Aide sociale à l'hébergement.

Les données enregistrées sont celles des formulaires liées à la demande d'APA, ainsi que les informations librement fournies par l'usager lors de l'évaluation de la dépendance. Les données n'ont pas pour finalité une prise de décision automatisée.

Les données et catégories de données sont celles énumérées à l'article R. 232-41 du code de l'Action sociale et des familles et sont indispensables au traitement de votre dossier.

L'article R. 232-44 du CASF liste les catégories de personnes pouvant accéder aux données pour la gestion des aides. Les informations enregistrées sont destinées aux services instructeurs du Département et ne peuvent être communiquées, en cas de besoin nécessaire à l'instruction de votre situation, qu'aux destinataires dûment habilités et intervenant strictement dans le cadre de votre dossier, à savoir, en fonction de leurs missions : l'ensemble des destinataires prévus à l'article R 232-45 du code de l'Action sociale et des familles.

Les décisions sont notifiées à la personne ayant formulé la demande d'aide et à son représentant légal et le cas échéant à son proche aidant qui a été identifié dans le dossier.

Les données enregistrées sont conservées conformément aux prescriptions des archives départementales et à l'article R. 232-46 du code de l'action sociale et des familles.

Conformément au cadre juridique sur la protection des données personnelles en vigueur (Règlement général de Protection des données - RGPD et loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée), vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de limitation des informations qui vous concernent. Vous pouvez définir le sort de vos données après votre décès.

L'ensemble de ces demandes doivent être adressées, en justifiant de votre identité, par voie postale à l'adresse suivante : Département de l'Aveyron – A l'attention de Monsieur le Président – Délégué à la Protection des Données – Place Charles de Gaulle – BP 724 – 12009 RODEZ Cedex – ou par mail dpo@aveyron.fr

Le droit d'opposition ne s'applique pas au traitement dans la mesure où il découle d'une obligation légale.

Vous pouvez également introduire une réclamation auprès de la CNIL (3, place Fontenoy – TSA 80715 – 75334 Paris cedex, www.cnil.fr)