

DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE - APA À DOMICILE

À retourner au
CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE MEURTHE-ET-MOSELLE
Direction de l'Autonomie
 48, esplanade Jacques-Baudot
 CO 90019 - 54 035 NANCY CEDEX
 03 83 94 54 54

	DEMANDEUR	CONJOINT OU PERSONNE VIVANT MARITALEMENT *
Nom		
Nom de jeune fille		
Prénoms		
Date de naissance		
Lieu de naissance		
N° de sécurité sociale		
Nationalité (F/UE/Autres)		
Numéros de téléphone <i>(fixe et portable)</i>		
Adresse mail		
Adresse du demandeur <i>(nom du bâtiment, n° d'appartement, étage, digicode, lieu-dit et toute information utile)</i>		

* concubin ou personne avec laquelle le demandeur a conclu un pacte civil de solidarité (PACS)

COORDONNÉES DE LA PERSONNE RÉFÉRENTE (à contacter pour la visite d'évaluation à domicile ou en cas d'urgence)

Nom - Prénom

Adresse

.....

Téléphone fixe Téléphone portable

Adresse mail

Lien avec le demandeur

Souhaitez-vous qu'une copie des courriers lui soit adressée ? Oui Non

CONTEXTE DE LA DEMANDE

- Déposez-vous cette demande pour réaliser des travaux d'adaptation du logement ? Oui Non
- Vivez-vous seul à votre domicile ? Oui Non
- Avez-vous des difficultés d'accès ou de déplacement au sein de votre logement ? Oui Non
- Avez-vous au moins deux contacts avec votre famille, vos amis, votre voisinage dans la semaine (*hormis la personne avec laquelle vous vivez*) Oui Non

Lors des 6 derniers mois

- Avez-vous été hospitalisé(e) ? Oui Non
- Avez-vous fait une chute ? Oui Non
- Avez-vous connu un changement dans votre vie ? Oui Non
- Vivez-vous avec une personne dépendante ? Oui Non

SITUATION FAMILIALE

- Célibataire Marié(e) Vivant maritalement
- Titulaire d'un PACS Divorcé(e) Veuf(ve) depuis le

Lieu de résidence du conjoint ou de la personne vivant maritalement si différent du demandeur :

Précisez l'adresse Établissement.....

Autre

ADRESSE ACTUELLE

Domicile personnel Depuis quelle date y demeurez-vous ?

(si moins de 3 mois, remplissez la rubrique **Adresse précédente**)

- Vous êtes : Propriétaire Locataire Colocataire
- Logé(e) à titre gracieux Usufruitier

- S'agit-il : d'une résidence principale d'un foyer pour personnes âgées (foyer logement)
- d'une famille d'accueil agréée d'un autre domicile (enfants, centre pénitentiaire...)

ADRESSE PRÉCÉDENTE

Ne remplir que si l'intéressé(e) réside en Meurthe-et-Moselle depuis moins de 3 mois, ou en foyer pour personnes âgées ou en famille d'accueil agréée.

N° - Rue

Code postal - Commune

Date d'arrivée à ce domicile : Date de départ de ce domicile :

Précisez s'il s'agissait

- Famille d'accueil agréée (loi du 10/7/89) Foyer logement
- Domicile personnel Autres (à préciser)

PROTECTION JURIDIQUE

Faites-vous l'objet d'une protection juridique ? Oui Non En cours

- Si oui** Sauvegarde de justice Tutelle
- Curatelle Mandat de protection future

Indiquez **le nom et l'adresse** du tuteur ou de l'association :

.....

.....

(Joindre une copie du jugement)

CAISSE DE RETRAITE ET AUTRES PRESTATIONS

Indiquez l'organisme auprès duquel vous avez cotisé le plus longtemps :
(CARSAT - CARMI - MSA - SNCF - RSI, etc.)

Bénéficiez-vous déjà de :

- > l'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP) Oui Non
- > la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) Oui Non
- > l'Aide Ménagère à Domicile par votre caisse de retraite Oui Non
- > la prestation complémentaire pour recours à une tierce personne (PC RTP) Oui Non

Bénéficiez-vous actuellement d'une majoration pour aide constante d'une tierce personne (MTP) ?
(Joindre une copie de la notification) Oui Non

Par quel organisme ?

ATTENTION ! L'allocation personnalisée d'autonomie n'est pas cumulable avec les prestations ci-dessus ni avec la prestation légale d'aide ménagère servie par le Département.

TRANSMISSION DU DOSSIER

En cas de rejet de l'APA à domicile (GIR 5 ou 6), souhaitez-vous qu'une autre aide soit étudiée et qu'à cet effet votre dossier soit transmis à votre caisse de retraite, afin de raccourcir les délais ? Oui Non

NB : En cas de rejet GIR 5/6, des préconisations d'aide vous seront proposées : il vous appartiendra de les transmettre à votre caisse de retraite principale (sauf CARSAT)

Indiquez le nom de la structure intervenante que vous avez choisie :

PATRIMOINE DU DEMANDEUR

À renseigner pour le demandeur et, le cas échéant, son conjoint, son concubin ou la personne avec laquelle il a conclu un pacte civil de solidarité.

RESSOURCES NE FIGURANT PAS DANS L'AVIS D'IMPOSITION

Revenus soumis au prélèvement libératoire en application des articles 125-0 A et 125 D du code général des impôts.

Montant à préciser pour le demandeur :

Montant à préciser pour le conjoint, son concubin ou la personne avec laquelle il a conclu un Pacte Civil de Solidarité :

BIENS IMMOBILIERS

Possédez-vous des biens immobiliers (hors résidence principale) ? Oui Non

Si oui, précisez en complétant le tableau ci-dessous

NATURE ET VALEUR LOCATIVE DU BIEN (verger, garage, résidence secondaire, terrain bâti ou non bâti...)	ADRESSE	EXPLOITATION
		<input type="checkbox"/> occupé <input type="checkbox"/> non occupé <input type="checkbox"/> loué
		<input type="checkbox"/> occupé <input type="checkbox"/> non occupé <input type="checkbox"/> loué
		<input type="checkbox"/> occupé <input type="checkbox"/> non occupé <input type="checkbox"/> loué

BIENS MOBILIERS ET ÉPARGNE

Bénéficiez-vous

- > de biens mobiliers et de capitaux non placés (*dont assurance-vie...*) Oui Non
Si oui, précisez le ou les montants :
- > d'une rente viagère à titre onéreux (*pour vous prémunir de la dépendance*) Oui Non
- > de pensions alimentaires ? Oui Non
Si oui, qui vous les verse ? Ex conjoint Descendant Autre (*joindre le jugement*)

CARTE D'INVALIDITÉ ET CARTE DE STATIONNEMENT

Souhaitez-vous bénéficier de

- > la carte d'invalidité Oui Non
(prévue à l'article L.241-3 du code de l'action sociale et des familles)
- > la carte de stationnement Oui Non
(prévue à l'article L.241-3-2 du code de l'action sociale et des familles)

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e), agissant

en mon nom propre

en ma qualité de représentant de M. / Mme

certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus fournis dans le cadre d'une demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) à domicile.

DISPOSITIONS RELATIVES A 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, modifiée en 2004, qui protège les droits et libertés individuels.

Toute personne peut obtenir communication et, le cas échéant, rectification ou suppression des informations la concernant, en adressant un courrier au Conseil Départemental de Meurthe-et-Moselle, à l'attention de Madame le Directeur des Personnes Agées Personnes Handicapées.

Fait à le

Nom, prénom et signature du demandeur ou de son représentant (précisez la qualité).

LISTE DES PIÈCES À FOURNIR

- Une photocopie du **livret de famille** ou de la **carte d'identité** ou du **passport de la communauté européenne** ou un **extrait de naissance**.
- Demandeur de nationalité étrangère : la photocopie de la carte de séjour temporaire, ou carte de séjour « compétences et talents » pour les salariés, ou carte de séjour retraité, ou carte de résident, ou attestation de délivrance, ou renouvellement du titre de séjour, ou attestation de demande d'asile, ou attestation provisoire de séjour, ou récépissé de demande de titre de séjour avec mention éventuelle : reconnu réfugié.
- Une photocopie intégrale du **dernier avis d'imposition ou de non imposition sur le revenu** (*en cas de décès du conjoint joindre les deux situations partielles avant et après veuvage*).
- Une photocopie de toute pièce justificative des biens ou capitaux relevant du patrimoine dormant : **dernier relevé de la taxe foncière sur toutes les propriétés bâties et non bâties** (*autre que résidence principale*), relevé annuel d'assurance vie. **En cas d'exonération**, joindre un relevé de propriétés à solliciter auprès de votre centre des impôts.
- Un **relevé d'identité bancaire ou postal du compte courant** au nom du demandeur ou du tuteur.
- Le recueil de données **Annexe 1** (facultatif).
- La déclaration du ou des proches aidants **Annexe 2** (facultatif).