

DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE-APA EN ÉTABLISSEMENT

Nom

Nom de jeune fille

Prénom

Commune de résidence avant
l'entrée en établissement

Liste des pièces à fournir

- Demande d'Allocation personnalisée d'autonomie complétée et signée.
- Photocopie du livret de famille complet ou de la carte d'identité ou du passeport de la communauté européenne ou un extrait de naissance.
- Pour les demandeurs de nationalité étrangère : photocopie de la carte de résidence ou du titre de séjour.
- L'évaluation de dépendance (partie à compléter par le représentant de l'équipe médico-sociale de l'établissement).
- Arrêté de tarification de l'établissement (pour les établissements hors département de Meurthe-et-Moselle).
- Numéro FINESS (immatriculation de l'établissement) et numéro SIRET.
- Fiche d'autorisation de versement de l'APA (complétée et signée par l'intéressé).
- Relevé d'identité bancaire de l'intéressé ou de l'établissement.
- Bulletin de situation.
- Jugement de tutelle (le cas échéant).

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 50 68 - 03 83 94 50 72

LIEU DE RÉSIDENCE

Vous êtes en établissement

Intitulé et adresse de l'établissement :

N° de tél :

Courriel :

Date d'entrée dans l'établissement :

Date d'accueil définitif (après période de réservation ou d'hébergement temporaire) :

(joindre un bulletin de situation)

Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

Unité de Soins de Longue Durée (USLD)

Votre adresse avant l'arrivée en établissement (avec date d'arrivée et de départ) :

Si vous habitez en résidence autonomie (ex foyer logement) ou si vous avez déménagé depuis moins de 3 mois, adresse précédente (avec date d'arrivée et de départ) :

Vous percevez

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| • L'Allocation Compensatrice Tierce Personne (ACTP) | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| • La Prestation de Compensation du Handicap (PCH) | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| • La Majoration pour Tierce Personne (MTP) | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| • L'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) à domicile | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |

ÉVALUATION DE LA DÉPENDANCE

PRÉVUE PAR LE DÉCRET 99.316 DU 26 AVRIL 1999

Concernant

Madame, monsieur : Né(e) le :

Date de l'évaluation : Classement en GIR :

Fait le :

Signature du représentant de l'équipe
médico-sociale de l'établissement

Cachet de l'établissement

Demandeur

Nom

Nom de jeune fille

Prénom

Date et lieu de naissance

Nationalité (F/UE/autres)

Situation de famille (marié(e), divorcé(e), veuf(ve), concubin(e))

Régime de retraite principal

Conjoint(e) ou personne vivant maritalement ⁽¹⁾

Nom

Nom de jeune fille

Prénom

Date et lieu de naissance

Nationalité (F/UE/autres)

Situation de famille (marié(e), divorcé(e), veuf(ve), concubin(e))

Adresse personnelle si différente du demandeur

Régime de retraite principal

Profession

Adresse de l'employeur

⁽¹⁾ Il peut s'agir du conjoint, du concubin ou de la personne avec laquelle le demandeur a conclu un pacte civil de solidarité

Coordonnées de la personne référente

Lien : enfant petit-enfant neveu/nièce autre à préciser :

Nom et prénom :

Adresse :

N° de téléphone :

Courriel :

Le demandeur fait-il l'objet d'une mesure de protection juridique : OUI* NON

** joindre une copie du jugement*

Nom et adresse du tuteur ou de l'association chargée de la mesure :

VERSEMENT DE L'APA (si attribution)

Je demande que cette prestation soit versée directement sur mon compte bancaire ou postal (**joindre un RIB ou RIP de mon compte bancaire**)

Je prends bonne note qu'il m'appartiendra de reverser les sommes perçues au titre de cette prestation au comptable de l'établissement

Je souhaite que cette prestation soit versée au comptable de l'établissement où je réside (**joindre un RIB ou RIP de l'établissement**)

À le
Signature du demandeur ou de son représentant

Cachet de l'établissement

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e), agissant en mon nom propre / en ma qualité de représentant* de :

.....
Certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus qui sont fournis dans le cadre d'une demande d'Allocation personnalisée d'Autonomie (APA)

Fait à le
Signature

*Rayer la mention inutile