



POLE DES SOLIDARITES
 Service aide sociale générale
 Allée Raymond Courrière
 11855 CARCASSONNE Cedex 9

Première demande

Renouvellement

ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE

Demande d'aide pour une personne âgée de 60 ans et plus

à domicile

en établissement

accueil chez un particulier agréé

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA PERSONNE ÂGÉE

NOM : Prénom :

Adresse :

Commune : Code postal :

Coordonnées de la personne à contacter pour la visite du référent APA à domicile ou en cas d'urgence :

Lien avec le demandeur :

N° de téléphone :

Mentionner le cas échéant l'existence d'une mesure de protection juridique :

Tutelle

Curatelle

Sauvegarde de justice

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

Ce dossier est à déposer complet
auprès de la mairie du lieu de résidence
ou au Centre Communal d'Action Sociale de votre commune

DISPOSITIONS RELATIVES À LA LOI DU 6 JANVIER 1978

Application de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés :

- 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 informations contenues sur cet imprimé font l'objet d'un traitement automatisé.
- 3/ Vous pouvez exercer votre droit d'accès à ces informations et demander leur correction si elles sont inexactes, conformément aux modalités prévues par la loi. Pour l'exercice de ce droit, il convient de vous adresser, en justifiant de votre identité à Monsieur le Président du Conseil départemental - Service aide sociale générale - Allée Raymond Courrière - 11855 CARCASSONNE CEDEX 9.

Les informations non médicales portées à la connaissance du référent lors de sa visite à domicile et retranscrites sur une fiche de visite sont communiquées aux services prestataires qui interviennent dans le cadre d'une aide humaine et/ou au CLIC de votre territoire pour permettre votre accompagnement en cas de rejet d'APA ou d'intervention d'un aidant.

NOM :

Prénom :

N° DOSSIER :

A-1 / RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA PERSONNE ÂGÉE

Nom (marital)																					
Nom de jeune fille																					
Prénom																					
Date et lieu de naissance	Né(e) le à																				
Nationalité	<input type="checkbox"/> Française <input type="checkbox"/> Union européenne (préciser)..... <input type="checkbox"/> Autre (préciser)																				
N° de sécurité sociale Caisse d'affiliation	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>																				
Situation de famille	<input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> marié(e) <input type="checkbox"/> divorcé(e) <input type="checkbox"/> séparé(e) <input type="checkbox"/> veuf (ve) <input type="checkbox"/> concubin(e) <input type="checkbox"/> Pacs																				
Régimes de retraite (préciser)	Principal : Autres :																				

Adresse actuelle du lieu où vit la personne âgée :

à domicile : Adresse

 Tél. Réside à cette adresse depuis le

en établissement : Nom et adresse de l'établissement

 Date d'entrée

accueil chez un particulier, au titre du placement familial :
 Nom et adresse de l'accueillant :

 Date d'entrée.....

Adresses précédentes avant l'entrée en établissement ou en famille d'accueil
---	-------------------------

A-2 / RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE CONJOINT, LE CONCUBIN, LE PACSÉ

Nom (marital)	
Nom de jeune fille	
Prénom	
Date et lieu de naissance	Né(e) le à
Nationalité	<input type="checkbox"/> Française <input type="checkbox"/> Union européenne (préciser)..... <input type="checkbox"/> Autre (préciser)
Situation professionnelle	<input type="checkbox"/> en activité <input type="checkbox"/> retraité - Caisse principale :

Adresse actuelle : à domicile en établissement en famille d'accueil
 Adresse, si différente de la personne âgée :

B / RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES REVENUS ET LE PATRIMOINE DE LA PERSONNE ÂGÉE

1/ Allocations :

Percevez-vous :

- La majoration pour aide constante d'une tierce personne (MTP) oui non
- La prestation complémentaire pour recours à tierce personne (PC RTP) oui non
- L'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) oui non
- La prestation de compensation du handicap (PCH) oui non
- L'aide-ménagère versée par les caisses de retraite oui non
- L'aide-ménagère au titre de l'aide sociale départementale oui non

2/ Patrimoine dormant :

à renseigner pour la personne âgée et, le cas échéant, son conjoint, son concubin ou la personne avec laquelle elle a conclu un pacte civil de solidarité :

a/ Biens immobiliers (préciser la nature de ceux-ci et leur adresse) :

.....

b/ Biens mobiliers et capitaux non placés (dont assurance-vie) :

.....

C / DEMANDE SIMPLIFIÉE D'UNE CARTE MOBILITÉ INCLUSION

Dans le département de l'Aude, la carte mobilité inclusion comportant les mentions "priorité" et "stationnement" pour personnes handicapées" peut être délivrée sur appréciation de l'équipe médicosociale, en application du III de l'article L.241-3.

Souhaitez-vous bénéficier de la carte mobilité inclusion comportant la mention " priorité " prévue à l'article L.241-3 :

Oui

Non

Souhaitez-vous bénéficier de la carte mobilité inclusion comportant la mention " stationnement pour personnes handicapées " prévue à l'article L.241-3 :

Oui

Non

Si l'allocation personnalisée d'autonomie 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 (CMI) prévue à l'art.L.241-3 du code de l'action sociale et des familles comportant les mentions "invalidité" et "stationnement" pour personnes handicapées. Vous devrez en faire la demande après réception de la notification sur le formulaire CMI sur droits ouverts disponible sur « aude.fr » ou auprès de votre mairie.

Toute autre demande de CMI mention Invalidité doit se formuler auprès de la Maison Départementale des Personnes Handicapées.

D / RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PROCHE AIDANT (facultatif)

Le proche aidant vient en aide à la personne âgée de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne.

NOM - Prénom	
Date de naissance	
Lieu de résidence	
Nature du lien (parenté, voisinage...)	
Nature de l'aide apportée (ménage, courses...)	
Durée, périodicité approximative	

**E / ENGAGEMENT SUR L'EXACTITUDE DES INFORMATIONS COMMUNIQUÉES ET
PIECES JUSTIFICATIVES À FOURNIR IMPÉRATIVEMENT**

Je soussigné(e) :

- la personne âgée (nom, prénom)
- le représentant (nom, prénom)
agissant en qualité de

A) DECLARE avoir joint à cette demande les pièces ci-dessous :

- Pour une demande d'APA à domicile : le certificat médical circonstancié établi par le médecin traitant et placé sous pli cacheté mentionnant votre nom et votre adresse (imprimé ci-joint) ;
- Pour une demande d'APA en établissement : le bulletin d'entrée dans l'établissement, la grille AGGIR établie par l'établissement. Pour un établissement extérieur au département de l'Aude, une copie de l'arrêté fixant le prix de journée dépendance de l'établissement où réside le demandeur ;

et dans tous les cas :

- La photocopie d'un justificatif d'identité (livret de famille ou carte nationale d'identité) ou pour les ressortissants hors union européenne, de la carte de résidence ou du titre de séjour en cours de validité ;
- La photocopie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition sur le revenu et, le cas échéant, celui du conjoint, du concubin ou de la personne avec laquelle a été conclu un pacte civil de solidarité ;
- La photocopie de la dernière déclaration des revenus et, le cas échéant, celle du conjoint, du concubin ou de la personne avec laquelle a été conclu un pacte civil de solidarité ;
- Toute pièce justificative des biens ou capitaux relevant du patrimoine dormant :
 - photocopie du dernier relevé des taxes foncières sur les propriétés bâties et sur les propriétés non bâties et, le cas échéant, celui du conjoint, du concubin ou de la personne avec laquelle a été conclu un pacte civil de solidarité ;
 - dernier relevé de situation des contrats d'assurance-vie mentionnant, le cas échéant, le montant des intérêts produits ;
- La copie des relevés bancaires du compte courant des 3 derniers mois ;
- Le relevé de situation de tous les comptes bancaires ;
- Un relevé d'identité bancaire ou postal.

B) M'ENGAGE à signaler toute modification dans ma situation ;

C) AUTORISE le Département de l'Aude à transmettre mon dossier aux caisses de retraite et au CLIC de mon territoire en cas de rejet de ma demande d'allocation personnalisée d'autonomie

- oui non

D) CERTIFIE sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant dans ce dossier de demande d'allocation personnalisée d'autonomie (*Le fait de percevoir ou de tenter de percevoir frauduleusement des prestations au titre de l'aide sociale pourra être sanctionné sur la base des articles 313-1, 441-1, 441-6 et 441-7 du code pénal.*)

Fait à

Signature

le