



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

Locataire Propriétaire Usufruitier

NOM : Prénom.s :

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 : *(joindre le jugement de tutelle)*

.....

.....

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

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 (correspond au n° de la personne et non celle de son conjoint ou parent)	
Caisse d'affiliation
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 précédentesavant 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 AGEE

1/ Allocations :

Percevez-vous :

La majoration pour aide constante d'une tierce personne (MTP) oui non

La prestation complémentaire pour recours à tierce personne (PCRTP) 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 SIMPLIFIEE D'UNE CARTE MOBILITE 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 bénéficiaire de la carte mobilité inclusion comportant la mention " priorité " prévue à l'article L.241-3 :

Oui

Non

Souhaitez-vous bénéficiaire 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 / ENGAGEMENT SUR L'EXACTITUDE ET LA COMPLETUE DES DONNEES COMMUNIQUEES ET
CONSENTEMENT A UN TRAITEMENT DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL**

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, en complément, 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 de votre carte vitale ou attestation de droit
- La photocopie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition sur le revenu (recto et verso) 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 (recto verso) 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 (celle du conjoint, du concubin ou de la personne avec laquelle a été conclu un pacte civil de solidarité) 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 au nom du demandeur

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 à l'espace seniors de mon territoire en cas de rejet de ma demande d'allocation personnalisée d'autonomie

- oui non

D) CONSENS au traitement de mes données transmises dans le cadre de ma demande d'APA par le Département pour l'attribution et la gestion de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie, et le cas échéant de la Carte Mobilité Inclusion ainsi que le contrôle de leur effectivité.

QUI RECUEILLE LES DONNEES ?

L'étude de votre dossier nécessite la mise en œuvre par le Département d'un traitement de données à caractère personnel particulières nécessitant votre accord.

Les informations recueillies sont enregistrées et traitées par les services de la direction de l'autonomie du Département conformément aux articles R232-40 et suivants du code de l'action sociale et des familles.

COMBIEN DE TEMPS SONT-ELLES CONSERVEES ?

Ces données seront conservées pendant 6 ans à compter de l'extinction de vos droits. Elles pourront être conservées pendant une durée plus longue afin de préserver les droits juridictionnels du Département.

QUI EN A CONNAISSANCE ?

Elles sont destinées aux agents du Département devant intervenir dans le traitement de vos droits et le cas échéant à la Maison Départementale des Personnes Handicapées si des droits y sont ouverts, aux autorités administratives ou déléguées par elles à des fins statistiques conformément aux articles D232-38 et D232-39 du code de l'action sociale et des familles. Pour plus de détails, vous pouvez vous rendre sur le site «aude.fr».

Les données communiquées ne seront pas utilisées à des fins de profilage mais peuvent permettre une décision automatisée afin d'accélérer le traitement de votre dossier.

QUELS SONT VOS DROITS ?

Vous bénéficiez des droits suivants sur vos données personnelles :

- Droit au retrait du consentement
- Droit d'accès : vous pouvez accéder à vos données
- Droit de rectification : vous pouvez les faire modifier si vous les constatez erronées
- Droit à l'effacement des données (sous certaines conditions)
- Droit de limitation (sous certaines conditions)
- Droit à une intervention humaine notamment pour un réexamen

COMMENT EXERCER VOS DROITS ?

Vous pouvez exercer vos droits en adressant votre demande écrite accompagnée d'un justificatif d'identité, et, le cas échéant, des justificatifs du titre auquel vous exercez ces droits pour un tiers (autorité parentale, tutelle, mandat), plus un justificatif d'identité du tiers concerné, par courriel à dpo@aude.fr ou par courrier à

Monsieur le délégué à la protection des données
Département de l'Aude
Hôtel du Département
Allée Raymond Courrière
11855 CARCASSONNE Cedex 9

Le cas échéant vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission informatique et libertés :
3 Place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07 – Tél : 01 53 73 22 22

- E) **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.*)

J'ai bien compris mes droits et que les données recueillies sont strictement nécessaires à l'instruction de ma demande.

J'ai bien compris que l'exercice de certains de mes droits peut avoir pour effet d'empêcher l'instruction de mon dossier ou de faire cesser l'aide à laquelle je peux éventuellement prétendre.

J'autorise le Département de l'Aude à utiliser les données personnelles qui me seront demandées pour le traitement de mon dossier, et, si besoin, à communiquer ces données aux personnes désignées destinataires devant intervenir dans la mise en œuvre de mon dossier

Une copie de la présente notice m'a été transmise.

Fait à

Signature

le