



A.P.A. Demande d'allocation personnalisée d'autonomie d'une personne de soixante ans et plus

À domicile
 En établissement
 En accueil familial à titre onéreux

1^{ère} demande
 Révision: n° dossier _____
 Renouvellement: n° dossier _____

Nom usuel : _____

Prénoms : _____

Nom de naissance : _____

Né.e le : _____ à _____

Département : _____

Nationalité : française européenne autre

N° de sécurité sociale : _____

N° de tél. (obligatoire pour la prise de rendez-vous) : _____

Êtes-vous : Locataire Occupant a titre gratuit Propriétaire Usufruitier

Domicile	Maison de retraite (EHPAD)	Résidence autonomie (Foyer logement)	Accueil familial
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
Depuis le : _____	Date d'entrée : _____	Date d'arrivée le : _____	Date d'arrivée le : _____
	Domicile de secours (1) (adresse avant entrée en maison de retraite)	Domicile de secours (1) (adresse avant l'arrivée en résidence autonomie)	Domicile de secours (1) (adresse avant l'arrivée en accueil familial)
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	Du _____ au _____	Du _____ au _____	Du _____ au _____

(1) Domicile de secours : la prise en charge de l'A.P.A. incombe au Département de votre domicile de secours, c'est à dire le Département où vous résidiez plus de trois mois avant votre arrivée en maison de retraite, foyer logement ou famille d'accueil.

Mesure de protection

Le.a demandeur.euse fait-il l'objet d'une mesure de protection : oui non en cours

Si oui, laquelle : _____

Sauvegarde de justice Curatelle Curatelle renforcée Tutelle

Adresse du représentant : _____

N° de tél. : _____

Adresse mail : _____@_____

Situation de famille

Célibataire Marié.e Pacsé.e Vie maritale Séparé.e Divorcé.e Veuf.ve

→ Conjoint.e / Concubin.e / Partenaire de pacs

Nom de naissance : _____

Nom usuel : _____

Prénoms : _____

Né.e le : _____ à _____ Département : _____

Nationalité : française européenne autre

Est-il.elle :

retraité.e en activité autre

Adresse (à préciser si différente du.de la demandeur.euse) _____

Si le.a conjoint.e, concubin.e, ou membre du pacs est décédé.e, préciser la date du décès : ____/____/____

Autres personnes vivant sous le même toit que le.a demandeur.euse

(hors conjoint.e, concubin.e ou membre du pacs)

Nom et prénom	Date de naissance	Lien de parenté	Profession
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Référent

Personne ou organisme à contacter en cas de besoin, destinataire de tout courrier relatif à la demande d'APA

Nom et Prénom : _____

Adresse : _____

N° de tél. (obligatoire pour la prise de rendez-vous) : _____

Adresse mail : _____@_____

Nom, adresse et téléphone du médecin traitant

- Pour les personnes en maison de retraite, merci de passer directement aux questions de la page 4
- Pour les personnes à domicile, en résidence autonomie ou en accueil familial, merci de compléter le questionnaire page suivante

Proche.s - Aidant.e.s

Personne de votre famille ou de votre entourage amical ou de voisinage qui vous apporte une aide dans la vie quotidienne

Ce volet du dossier de demande 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 dans la vie quotidienne, que l'on nommera « aidant.e.s » dans ce qui suit. Son remplissage est facultatif.

Aidant.e 1	Aidant.e 2
Nom et Prénom :	Nom et Prénom :
Date de naissance :	Date de naissance :
Âge :	Âge :
Adresse :	Adresse :
.....
Lien avec votre aidant.e :	Lien avec votre aidant.e :
Nature de l'aide apportée (ex : accompagnement dans les déplacements à l'extérieur de votre domicile, courses...)	Nature de l'aide apportée (ex : accompagnement dans les déplacements à l'extérieur de votre domicile, courses...)
.....
Durée et périodicité de l'aide apportée (journée, semaine ou mois)	Durée et périodicité de l'aide apportée (journée, semaine ou mois)
.....

Employé.e en emploi direct ou CESU (Chèque Emploi Service Universel)

Employé.e 1	Employé.e 2	Employé.e 3
Nom et Prénom :	Nom et Prénom :	Nom et Prénom :
.....
Date de naissance :	Date de naissance :	Date de naissance :
Âge :	Âge :	Âge :
N° Sécurité Sociale :	N° Sécurité Sociale :	N° Sécurité Sociale :
.....
Adresse :	Adresse :	Adresse :
.....
Date d'embauche :	Date d'embauche :	Date d'embauche :

Ressources du foyer

Joindre la copie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition sur les revenus (toutes les pages)

Ressources :

Demandeur.euse

Caisse de retraite principale

CARSAT MSA RSI AUTRE

Nom et adresse de l'organisme de retraite, si autre

Caisses de retraites complémentaires

Nom et adresse des organismes (ex : arcco)

Conjoint.e / concubin.e / partenaire de pacs

Caisse de retraite principale

CARSAT MSA RSI AUTRE

Nom et adresse de l'organisme de retraite, si autre

Caisses de retraites complémentaires

Nom et adresse des organismes (ex : arcco)

Percevez-vous : (répondre par oui ou par non)

- Une pension de reversion
(Si oui, merci de joindre les justificatifs)
- L'allocation de solidarité aux personnes âgées
(A.S.P.A, ancien minimum vieillesse)
- L'allocation aux adultes handicapés (AAH)
- La majoration pour tierce personne (MTP)
- La prestation complémentaire
pour recours à tierce personne (PC RTP)
- L'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP)
- L'aide ménagère (versée par les caisses de retraite)
- Une pension d'invalidité
- Une rente accident du travail
- Des ressources ne figurant pas sur l'avis d'imposition
soumis aux prélèvements libératoires
Si oui, montant

Demandeur.euse

oui non

oui non

oui non

oui non

oui non

oui non

oui non

oui non

oui non

oui non

Conjoint.e

oui non

oui non

oui non

oui non

oui non

oui non

oui non

oui non

oui non

oui non

Biens immobiliers (cocher la case correspondant à votre situation) :

Je déclare sur l'honneur ne pas posséder d'autres biens immobiliers (bâties ou non bâties) que celui que j'occupe au titre de ma résidence principale.

Je déclare posséder d'autres biens immobiliers (bâties ou non bâties...) et je complète le tableau ci-dessous :

Adresse : ----- ----- -----	Êtes-vous : <input type="checkbox"/> Propriétaire <input type="checkbox"/> Usufructier	Le bien est-il : <input type="checkbox"/> Loué <input type="checkbox"/> Occupé à titre gracieux	Est-il occupé par : <input type="checkbox"/> Enfants <input type="checkbox"/> Petits enfants <input type="checkbox"/> Conjoint.e <input type="checkbox"/> Locataire <input type="checkbox"/> Autre personne à titre gracieux	Montants des loyers ou fermages (annuels ou mensuels) ----- -----
Adresse : ----- ----- -----	Êtes-vous : <input type="checkbox"/> Propriétaire <input type="checkbox"/> Usufructier	Le bien est-il : <input type="checkbox"/> Loué <input type="checkbox"/> Occupé à titre gracieux	Est-il occupé par : <input type="checkbox"/> Enfants <input type="checkbox"/> Petits enfants <input type="checkbox"/> Conjoint.e <input type="checkbox"/> Locataire <input type="checkbox"/> Autre personne à titre gracieux	Montants des loyers ou fermages (annuels ou mensuels) ----- -----
Adresse : ----- ----- -----	Êtes-vous : <input type="checkbox"/> Propriétaire <input type="checkbox"/> Usufructier	Le bien est-il : <input type="checkbox"/> Loué <input type="checkbox"/> Occupé à titre gracieux	Est-il occupé par : <input type="checkbox"/> Enfants <input type="checkbox"/> Petits enfants <input type="checkbox"/> Conjoint.e <input type="checkbox"/> Locataire <input type="checkbox"/> Autre personne à titre gracieux	Montants des loyers ou fermages (annuels ou mensuels) ----- -----

Joindre impérativement la photocopie de toutes les pages des différentes taxes foncières en précisant les biens procurant des revenus déclarés dans votre avis d'imposition (y compris pour les terres agricoles).

NB : si aucune case n'est cochée, une demande de pièces complémentaires vous sera systématiquement envoyée et cela retardera la prise en compte de votre dossier.

Biens mobiliers et capitaux (dont assurance-vie) : cocher la case correspondant à votre situation et joindre les relevés d'assurance-vie.

Je déclare sur l'honneur que ni moi ni mon.a conjoint.e / concubin.e / partenaire de PACS ne possédons de capitaux, produits d'épargne....

Je déclare que moi ou mon.a conjoint.e / concubin.e / partenaire de PACS possédons des produits d'épargne et je complète le tableau ci-dessous :

NB : si aucune case n'est cochée, une demande de pièces complémentaires vous sera systématiquement envoyée et cela retardera la prise en compte de votre dossier.

Biens mobiliers (Epargne)	Nom du produit (Ex : livret A, LDD, LEP, PEL...)	Montant	Intérêts ou revenus de l'année civile précédente	Détenteur du compte
Compte courant				<input type="checkbox"/> Demandeur.euse <input type="checkbox"/> Conjoint.e / Concubin.e <input type="checkbox"/> Partenaire de PACS <input type="checkbox"/> Compte joint
Livrets				<input type="checkbox"/> Demandeur.euse <input type="checkbox"/> Conjoint.e / Concubin.e <input type="checkbox"/> Partenaire de PACS
Obligations, actions				<input type="checkbox"/> Demandeur.euse <input type="checkbox"/> Conjoint.e / Concubin.e <input type="checkbox"/> Partenaire de PACS
Assurance-vie				<input type="checkbox"/> Demandeur.euse <input type="checkbox"/> Conjoint.e / Concubin.e <input type="checkbox"/> Partenaire de PACS
Autres (Précisez)				<input type="checkbox"/> Demandeur.euse <input type="checkbox"/> Conjoint.e / Concubin.e <input type="checkbox"/> Partenaire de PACS

Carte mobilité inclusion (C.M.I)

Bénéficiez-vous actuellement :

- d'une carte européenne de stationnement
- d'une carte d'invalidité

oui non
 oui non

Si oui, souhaitez-vous :

- Le renouvellement (carte arrivant à expiration)
- Le remplacement

oui non
 oui non

Si non, souhaitez-vous, sur le fondement de l'article L 243-1 du Code de l'action sociale et des familles, demander :

- une carte mobilité inclusion mention invalidité
- une carte mobilité inclusion mention stationnement pour personnes handicapées

oui non
 oui non

Si vous avez coché oui et que l'équipe médico-sociale, lors de sa visite à domicile, évalue votre dépendance en GIR 1 et 2, ces cartes vous seront délivrées d'office et à titre définitif.

Déclaration sur l'honneur

Autorisez-vous le Conseil départemental à transmettre votre dossier à votre caisse de retraite (en cas de rejet de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie à domicile) oui non

Je soussigné.e, agissant en ma qualité propre / en ma qualité de représentant légal, certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis dans le cadre de la demande d'A.P.A.

A _____

Le ____ / ____ / ____

Signature :

« La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraude ou de fausses déclarations (Article L 337-1 du code de la sécurité sociale, article L 441-1 du code pénal) ».

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à instruire votre demande d'APA. Les destinataires des données sont la Direction Solidarité Autonomie et la Direction des Finances. Conformément à la loi « informatique et Libertés » du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit, veuillez-vous adresser au Département de l'Eure, Direction Solidarité Autonomie.

Documents à fournir obligatoirement

- ➔ Le présent dossier dûment complété et signé
- ➔ La photocopie de toutes les pages du livret de famille ou de la carte nationale d'identité ou d'un passeport de l'union européenne ou un extrait d'acte de naissance ou, s'il s'agit d'un demandeur de nationalité étrangère, la photocopie de la carte de résidence ou du titre de séjour en cours de validité.
- ➔ La copie intégrale et lisible des 4 pages de votre dernier avis d'imposition ou de non imposition (et non la déclaration pré-remplie) et de votre concubin le cas échéant.
- ➔ Un RIB au nom du bénéficiaire pour les personnes vivant à leur domicile, en résidence autonomie ou en accueil familial.
- ➔ La photocopie intégrale et lisible de toutes les pages de vos dernières taxes foncières sur toutes les propriétés bâties et sur les propriétés non bâties.
- ➔ Un relevé annuel des assurances vie.
- ➔ Tout document justifiant d'une nouvelle situation (changement de domicile, séparation, veuvage, divorce...)
- ➔ La grille A.G.G.I.R. remplie par le médecin coordonnateur de l'établissement (pour l'A.P.A. en établissement)
- ➔ Le bulletin d'entrée en établissement pour les personnes nouvellement admises en EHPAD.
- ➔ Le dernier jugement de tutelle, le cas échéant.

Pièce facultative pouvant être utile au bon traitement de votre demande

- ➔ Questionnaire médical adressé sous pli confidentiel.