

DEMANDE INDIVIDUELLE D'ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE (APA) EN ETABLISSEMENT

Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 et décret n° 2003-278 du 28 mars 2003 relatifs aux conditions d'attribution de l'APA.

Demande d'aide financière destinée à couvrir les frais liés à la perte d'autonomie pour les personnes âgées de 60 ans et plus

PRENOM ET NOM DU DEMANDEUR DE L'APA :

NOM ET ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT D'ACCUEIL :

DATE D'ENTREE DANS CET ETABLISSEMENT :

ADRESSE OU LE DEMANDEUR DE L'APA RESIDAIT AVANT SON ENTREE EN ETABLISSEMENT :

1. RESIDENCE

L'adresse indiquée ci-dessus, correspond :

- à votre domicile en tant que propriétaire, locataire,
 à un hébergement chez un tiers,
 à un établissement d'hébergement pour personnes âgées,
 à une famille d'accueil, à un foyer logement, à une hospitalisation, à un centre de soins longue durée,
 autre, précisez :

Date d'arrivée à cette adresse :

Date de départ de cette adresse :

Le demandeur de l'APA a-t-il eu plusieurs adresses au cours des 3 derniers mois avant son entrée en établissement : oui non

Si oui, joindre les justificatifs

Le(a) conjoint(e) – PACS vit-il(elle) au domicile ?

oui

non

Autre lieu de résidence, coordonnées :

Le(a) conjoint(e) – PACS est-il(elle) hébergé(e) en établissement ?

oui

non

2. ETAT CIVIL

	Demandeur de l'APA	Conjoint(e) ou concubin(e) ou PACS
Prénom(s) et nom		
Nom de jeune fille		
Numéro de téléphone		
Date et lieu de naissance		
Numéro de sécurité sociale		
Nationalité	<input type="checkbox"/> française <input type="checkbox"/> ressortissant de l'Union européenne <input type="checkbox"/> autre Pour les étrangers, date d'arrivée en France :	
Situation de famille	<input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> marié(e), depuis le : <input type="checkbox"/> séparé(e), depuis le : <input type="checkbox"/> divorcé(e), depuis le : <input type="checkbox"/> veuf(ve), depuis le : <input type="checkbox"/> pacsé(e), depuis le : <input type="checkbox"/> concubin(e)	
Activité	<input type="checkbox"/> retraité(e) <input type="checkbox"/> salarié(e) si retraité(e), indiquer votre régime principal de retraite (CNAV, MSA, CNRACL, SNCF, EDF...) :	<input type="checkbox"/> retraité(e) <input type="checkbox"/> salarié(e) si retraité(e), indiquer votre régime principal de retraite (CNAV, MSA, CNRACL, SNCF, EDF...) :

3. AIDES DEJA ACCORDEES

Je suis informé(e) que l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) n'est pas cumulable avec les prestations telles que la PCH, la PSD, l'ACTP, la PED, la MTP et la prestation légale d'aide ménagère.

Etes-vous bénéficiaire ou avez-vous demandé le bénéfice de :	oui	non	Si oui, montant mensuel en euros ou nombre d'heures par mois	Si oui, date de la 1 ^{ère} attribution et préciser par quel département
Allocation compensatrice tierce personne (ACTP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Allocation personnalisée d'autonomie (APA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Prestation de compensation du handicap (PCH)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Prestation spécifique dépendance (PSD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Majoration tierce personne (MTP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Prestation expérimentale dépendance (PED)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Prestation légale d'aide ménagère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Majoration de la rente au titre d'un accident de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Prestation spéciale d'accompagnement SNCF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Rente dépendance privée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

4. RESSOURCES ET PATRIMOINE DU FOYER

Le demandeur de l'APA est-il sous le régime de séparation de biens ? oui non

Le demandeur de l'APA perçoit-il une pension alimentaire ? oui non

Si OUI, indiquer le montant :

Etes-vous : propriétaire propriétaire indivis usufruitier

Le cas échéant, indiquer le nom, l'adresse et les coordonnées de votre notaire :

NATURE DES PLACEMENTS ET ORGANISMES FINANCIERS VALEURS MOBILIERES ET EPARGNE (y compris assurance vie) Exemple : livret, SICAV, LDD...	MONTANT DU CAPITAL	MONTANT DES INTERETS ANNUELS PERÇUS OU CAPITALISES
REVENUS SOUMIS AU PRELEVEMENT LIBERATOIRE (article 125 A du code général des impôts)	MONTANT	
BIENS IMMOBILIERS (RESIDENCE PRINCIPALE ET/OU SECONDAIRE(S)) (pour les biens en indivision, indiquer le nombre de propriétaires) BATIS : NON BATIS :	ADRESSES :	Précisez si le bien est loué ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si OUI, indiquer le montant du loyer
BIENS IMMOBILIERS AYANT FAIT L'OBJET D'UNE DONATION, PARTAGE OU VENTE EN VIAGER – DATE DE LA TRANSACTION	NOM ET ADRESSE DES BENEFICIAIRES	Rente annuelle liée à la donation, partage ou vente en viager

5. MESURE DE PROTECTION

Le demandeur fait-il l'objet d'une mesure de protection juridique ? oui non
si OUI, joindre une copie du jugement et préciser :
 sauvegarde de justice
 curatelle
 tutelle

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

REFERENT(E)

(à contacter en cas de nécessité)

M. Mme. Melle :

Adresse :

Code Postal :

Commune :

Téléphone (fixe) :

Portable :

Courriel :

Statut du référent :

- Tuteur, curateur
- Conjoint(e)
- Enfant
- Petit-enfant
- Frère, sœur, neveu, nièce
- Ami(e)
- Autre, préciser :

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je, soussigné(e) (*Prénom, nom*) :

- agissant en mon nom propre,
- en ma qualité de référent (*)
- en ma qualité de représentant légal de M _____

certifie sur l'honneur de l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus qui sont fournis dans le cadre de ma demande d'APA en établissement Val d'Oise.

Je suis tenu(e) d'informer le Conseil général de tout changement de situation dans les meilleurs délais et je m'engage à fournir toutes les pièces justificatives demandées.

J'autorise le Conseil général à verser l'allocation directement à l'établissement : oui non.

Je suis informé(e) que toute fausse déclaration ou falsification de document, toute obtention usurpée d'un droit, m'expose à des sanctions pénales et financières prévues par la loi (articles L 433-19, L 441-6, L 441-7, L 313-1 et L 313-3 du Code pénal) ainsi qu'au remboursement des prestations indûment perçues.

Fait à _____ le _____

Signature du demandeur ou du représentant légal ou du référent

(*) Fournir un certificat médical attestant l'incapacité de signer du demandeur

PIECES A JOINDRE A LA DEMANDE

la photocopie du livret de famille ou de la carte nationale d'identité ou du passeport Union Européenne ou d'un extrait d'acte de naissance ou 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 à l'impôt sur le revenu dans son intégralité (les 2 feuilles recto verso) :

si la demande est déposée entre janvier et août de l'année en cours n, il s'agit de l'avis d'imposition n - 2

si la demande est déposée de septembre à décembre de l'année en cours n, il s'agit de l'avis d'imposition n - 1

le cas échéant, la photocopie des derniers avis d'imposition relatifs aux taxes foncières sur les propriétés bâties et/ou non bâties.

le cas échéant, la photocopie des 3 dernières quittances de loyer, précédant l'entrée en établissement.

le cas échéant, l'attestation d'hébergement du tiers hébergeant, mentionnant la date d'arrivée et la date de départ.

le relevé d'identité bancaire ou postal du demandeur.

le bulletin d'entrée en établissement.

Si vous avez constitué une rente viagère dans le but de vous prémunir contre le risque de perte d'autonomie, joindre une copie du contrat relatif à cette rente viagère.

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

L'attestation de l'établissement précisant le degré de dépendance du demandeur sera demandée par le Conseil général à l'établissement, ainsi que l'arrêté de tarification dépendance si l'établissement d'accueil est situé hors du Val d'Oise.

Si parallèlement à votre demande, vous demandez une prise en charge au titre de l'aide sociale pour le financement de votre prix de journée d'hébergement, il vous appartient de prendre contact auprès du centre communal d'action sociale (CCAS) de votre commune, chargé de la constitution et de l'envoi du dossier dans nos services.

En cas de difficultés pour remplir votre dossier, vous pourrez joindre les services départementaux de 9h à 12h au numéro suivant : 01.34.25.76.43

Le dossier est à retourner dans l'enveloppe pré-imprimée jointe au :

**Conseil général du Val d'Oise
Direction des personnes âgées
Service des prestations aux personnes âgées en établissements (SPPAE)
2, avenue du Parc
95 032 Cergy – Pontoise CEDEX**

CNIL – Commission Nationale Informatique et Liberté

Les traitements relatifs à cette demande sont informatisés. Ils sont donc soumis aux dispositions de la loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978 qui protège les droits et libertés individuels. Conformément à l'article 27 de cette loi, les personnes auprès desquelles sont recueillies des informations nominatives, sont informées que :

1. toutes les réponses aux différents questionnaires sont obligatoires. Un défaut de réponse entraînera des retards ou une impossibilité d'instruction du dossier.

2. les destinataires des informations collectées sont exclusivement les administrations et organismes habilités à connaître des dossiers d'aide à domicile ou en établissement.

3. en tout état de cause, les personnes concernées ont un droit d'accès et de rectification des informations nominatives stockées ou traitées informatiquement.

Pour l'exercice de ce droit, il convient de vous adresser selon la prestation dont vous bénéficiez et en justifiant de votre identité à : **Monsieur le Président du Conseil général, 2 avenue du Parc, 95 032 Cergy CEDEX.**