

**DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE (APA)
EN ÉTABLISSEMENT**

d'une personne âgée de plus de 60 ans accueillie en EHPAD ou USLD

ÉTAT CIVIL

| | Le demandeur | Le conjoint ou le concubin ou la personne avec laquelle le demandeur a conclu un Pacte civil de solidarité (PACS) |
|---|---|---|
| Nom d'usage | | |
| Nom de naissance | | |
| Prénom(s) | | |
| Date et lieu de naissance | | |
| Nationalité | | |
| Situation de famille | <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Vie maritale <input type="checkbox"/> PACS <input type="checkbox"/> Veuf depuis le..... <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Séparé | |
| N° de Sécurité sociale | | |
| Préciser si le conjoint, ou le concubin ou la personne avec laquelle le demandeur a conclu un PACS réside : | | |
| <input type="checkbox"/> à domicile <input type="checkbox"/> en structure d'hébergement | | |

MESURE DE PROTECTION

Faites-vous l'objet d'une mesure de protection : Oui Non En cours

Si oui, de quel type ? : Sauvegarde de justice Curatelle Tutelle
 Habilitation familiale Mandat de protection future

Attention : joindre impérativement une copie du jugement

Nom et adresse du représentant légal (tuteur ou curateur ou organisme chargé de la gestion de la mesure) :

Téléphone : _____

Courriel : _____

PERSONNE RÉFÉRENTE

(personne qui rencontre très régulièrement le demandeur)

NOM et Prénom : _____

Adresse : _____

Lien avec le demandeur : _____ Téléphone : _____ Courriel : _____

Autorisez-vous le Département des Hauts-de-Seine à lui adresser les courriers relatifs à votre allocation ? OUI NON

Cadres réservés à l'administration

| Date d'arrivée au service | Dossier complet le : | N° du dossier : |
|---------------------------|----------------------|-----------------|
|---------------------------|----------------------|-----------------|

ADRESSE DU DEMANDEUR

Nom et adresse de l'établissement dans lequel vous résidez actuellement :

| Nom de l'établissement | | | | |
|-------------------------------|--------------------|----------------|------------------------|----------------------|
| N° et rue | Code postal | Commune | N° de téléphone | Date d'entrée |
| | | | | |

**Autre(s) établissement(s) fréquenté(s) entre votre domicile et votre établissement actuel
(hospitalisation, EHPAD ou résidence autonomie) :**

| Nom de l'établissement | N° et rue | Code postal | Commune | Dates du séjour |
|-------------------------------|------------------|--------------------|----------------|------------------------|
| | | | | Du..... Au..... |
| | | | | Du..... Au..... |

Adresse du domicile antérieur à toute entrée en établissement (EHPAD, EHPA, Centre hospitalier...) :

| N° et rue | Code postal | Commune | N° de téléphone |
|---|--------------------|------------------------|------------------------|
| | | | |
| Date d'entrée : <input type="checkbox"/> depuis plus de 3 mois <input type="checkbox"/> depuis moins de 3 mois | | Date de départ : _____ | |

| | | | |
|--------------------|---|--|--|
| S'agit-il ? | <input type="checkbox"/> de votre domicile personnel | <input type="checkbox"/> d'une résidence autonomie (ancien foyer-logement) | <input type="checkbox"/> d'un accueil par un particulier à titre onéreux (famille d'accueil) |
| | Si oui, êtes-vous : <input type="checkbox"/> propriétaire <input type="checkbox"/> locataire <input type="checkbox"/> hébergé(e) | | |

AIDESEXISTANTES

(fournir la photocopie de la décision d'attribution)

Bénéficiez-vous :

- de l'APA à domicile : OUI NON
- d'une aide ménagère à domicile prise en charge par : - une caisse de retraite : OUI NON
- l'aide sociale départementale : OUI NON
- de la prestation de compensation du handicap : OUI NON
- de l'allocation compensatrice pour tierce personne : OUI NON
- de la majoration pour aide constante d'une tierce personne versée par la Sécurité sociale : OUI NON
- de la prestation complémentaire pour recours à tierce personne : OUI NON

Attention : l'APA n'est pas cumulable avec les aides citées ci-dessus.

Bénéficiez-vous de l'aide sociale à l'hébergement ?
(prestation cumulable avec l'APA en établissement. Pour tout renseignement,
merci de vous adressez au CCAS du domicile du bénéficiaire)

OUI NON Demande en cours

PATRIMOINE DU FOYER

(Renseignements à fournir par le demandeur et, le cas échéant, par le conjoint, le concubin ou la personne avec laquelle il a conclu un PACS)

RESSOURCES ANNUELLES DU FOYER

Merci de bien vouloir fournir la copie intégrale de l'avis d'imposition du couple ou de chaque conjoint en cas de vie maritale ou de pacs ou encore les 2 avis d'imposition en cas de situation partielle.

BIENS IMMOBILIERS DU FOYER

(À compléter si vous êtes propriétaire, propriétaire indivis ou usufruitier d'un ou de plusieurs biens immobiliers)

Je déclare ne posséder aucun patrimoine immobilier Je déclare posséder les biens immobiliers suivants :

| Résidence principale | |
|--------------------------------------|--|
| Adresse : _____ _____ _____ | <input type="checkbox"/> bien occupé par le conjoint, le concubin, la personne avec laquelle le demandeur a conclu un PACS, un enfant ou un petit-enfant <input type="checkbox"/> bien occupé à titre gracieux par un tiers <input type="checkbox"/> bien loué <input type="checkbox"/> bien libre <input type="checkbox"/> si ce bien est en indivision, indiquer votre quote-part : <input type="checkbox"/> bien vendu le : |

| Autres biens immobiliers bâtis ou non bâtis | | | | |
|---|---------|--------------------------------------|---|-------------------------------------|
| Nature du bien | Adresse | En location (indiquer oui ou non) | Quote part pour les biens en indivision | Bien vendu le (indiquer la date) |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Détenez-vous des parts dans une SCPI produisant des revenus fonciers

OUI

NON

En cas de biens supplémentaires, fournir les renseignements correspondants sur une feuille libre.

CONTRATS D'ASSURANCE VIE DU FOYER

Je déclare que mon foyer ne détient pas de contrat d'assurance-vie souscrit dans un établissement bancaire ou une compagnie d'assurance

Je déclare que mon foyer détient le(s) contrat(s) d'assurance-vie souscrit(s) dans un établissement bancaire ou une compagnie d'assurance suivant(s) :

| | Nom de l'organisme | N° de contrat | Date du dernier relevé | Montant du capital |
|--|--------------------|---------------|------------------------|--------------------|
| Bénéficiaire | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| Conjoint, concubin ou partenaire de pacs | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

En cas de contrats supplémentaires, fournir les renseignements correspondants sur une feuille libre.

Je soussigné(e), _____ agissant :

en mon nom propre

en ma qualité de représentant légal désigné par le juge destutelles

certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant dans ce dossier de demande d'APA.

Je suis tenu(e) d'informer, dans les meilleurs délais, le Département des Hauts-de-Seine, de tout changement ultérieur de situation.

Je m'engage à fournir toutes les pièces justificatives demandées.

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 en application des articles 313-1, 313-7 et 313-8 du Code pénal, ainsi que, le cas échéant, à la récupération par le Département des sommes indûment perçues.

Signature du demandeur
ou de son représentant légal

Fait à _____ le ____ / ____ / 20____

Le dossier de demande d'Allocation personnalisée d'autonomie sera déclaré complet à condition que celui-ci soit dûment complété, daté et signé par le bénéficiaire ou son représentant légal et que les justificatifs obligatoires cités ci-dessous soient joints à la demande.

PIÈCES OBLIGATOIRES

- Pour les personnes de nationalité française : la photocopie intégrale de la carte nationale d'identité ou du passeport ou d'un extrait d'acte de naissance ou du livret de famille
- Pour les personnes étrangères ressortissantes de l'Espace Economique Européen : la photocopie intégrale de la carte nationale d'identité ou du passeport en cours de validité
- Pour les personnes étrangères non ressortissantes de l'Espace Economique Européen : la photocopie intégrale de la carte de résidence ou du titre de séjour en cours de validité
- La photocopie intégrale du dernier avis d'imposition ou de non imposition à l'impôt sur le revenu (les 2 feilles recto-verso) du demandeur et de son conjoint ou de son concubin ou de la personne avec laquelle il a conclu un PACS :
 - Si la demande est déposée entre janvier et août de l'année en cours N, il s'agit de l'avis d'imposition de l'année N-1
 - Si la demande est déposée entre septembre et décembre de l'année en cours N, il s'agit de l'avis d'imposition de l'année N
- Un relevé d'identité bancaire au **nom du demandeur** ou de l'établissement d'accueil précisant les codes IBAN/BIC (uniquement pour les personnes qui résident dans un établissement situé en dehors des Hauts-de-Seine)
- La photocopie intégrale (à l'exception des notices explicatives) du dernier relevé de la taxe foncière pour chaque propriété bâtie ou non bâtie, si le demandeur est propriétaire, usufruitier ou propriétaire indivis
- La photocopie du/des dernier(s) relevé(s) annuel(s) d'assurance vie souscrit(s) par le demandeur et son conjoint, ou concubin ou la personne avec laquelle il a conclu un PACS

PIÈCES COMPLÉMENTAIRES

- une attestation de présence précisant la date d'entrée en établissement
- la photocopie d'un justificatif de domicile datant de moins de trois mois avant l'entrée en établissement
- la photocopie du jugement concernant la protection juridique

Le Conseil Départemental se chargera d'obtenir auprès de votre établissement d'accueil l'attestation précisant votre degré de dépendance ainsi que l'arrêté de tarification.

Ce dossier doit être adressé à :

**CONSEIL DEPARTEMENTAL DES HAUTS-DE-SEINE
Direction de l'Autonomie
92731 Nanterre Cedex**

Protection des données à caractère personnel

Les traitements des dossiers d'aide sociale départementale sont informatisés. Ils sont donc soumis aux dispositions de la loi « Informatique et libertés » N° 78-17 du 6 janvier 1978 qui protège les droits et libertés individuels.

En tout état de cause, les personnes concernées ont un droit d'accès et de rectification sur les informations nominatives stockées ou traitées informatiquement. Pour exercer ce droit, vous devez vous adresser, en justifiant de votre identité, à la Direction de l'Autonomie - Service des Prestations aux personnes âgées - 92731 Nanterre Cedex.

Pour plus d'informations sur la politique menée par le Département des Hauts-de-Seine en faveur de la protection des données à caractère personnel, une notice est à votre disposition sur le site www.hauts-de-seine.fr et dans le hall d'accueil du Conseil départemental des Hauts-de-Seine