

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

Articles L 232-1 et suivants du Code de l'Action Sociale et des Familles

destinée aux personnes âgées de 60 ans et plus en perte d'autonomie

NOM D'USAGE ET PRÉNOM : _____

NOM ET ADRESSE DE L'ÉTABLISSEMENT D'ACCUEIL : _____

DATE D'ENTRÉE DANS CET ÉTABLISSEMENT : _____

ADRESSE OÙ VOUS RÉSIDIEZ AVANT VOTRE ENTREE EN ETABLISSEMENT : _____

1. RESIDENCE

L'adresse indiquée ci-dessus, correspond :

- à votre domicile en tant que propriétaire locataire
- à un hébergement chez un membre de votre famille ou autre
- à une résidence autonomie
- à un accueil familial chez un particulier à titre onéreux
- à un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou à une Unité de Soins de Longue Durée (USLD)
- autre, précisez :

Date d'arrivée à cette adresse :/...../.....

Avez-vous eu plusieurs adresses au cours des 3 derniers mois avant votre entrée en établissement ?

- oui non **Si oui, joindre les justificatifs**

2. ETAT CIVIL

	Vous-même (demandeur de l'APA)	Votre Conjoint(e)
Nom de naissance		
Prénom(s)		
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"/> ressortissant hors Union européenne	
Situation de famille	<input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> marié(e) <input type="checkbox"/> divorcé(e) <input type="checkbox"/> veuf(ve) depuis le : <input type="checkbox"/> pacsé(e) <input type="checkbox"/> concubin(e)	

3. AIDES DEJA ACCORDEES

Etes-vous bénéficiaire ou avez-vous demandé les aides suivantes :	OUI	NON	<i>Si oui, joindre un justificatif</i>
Prestation de Compensation du Handicap (PCH)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Allocation Compensatrice Tierce Personne (ACTP)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prestation Complémentaire pour Recours à Tierce Personne (PCRTP)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Majoration Tierce Personne (MTP)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prestation légale d'aide-ménagère*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Allocation personnalisée d'autonomie à domicile (APA)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

(*) **Aides non cumulables avec l'APA**

4. REVENUS ET PATRIMOINE DU FOYER**Votre patrimoine mobilier et vos capitaux**

- Je déclare ne posséder aucun patrimoine mobilier
 Je déclare posséder les biens suivants :

Capitaux hors compte courant (ex : assurance vie, œuvre d'art)	Montant pour vous-même	Montant pour votre conjoint, concubin ou partenaire de pacs
	€	€
	€	€
	€	€
	€	€

Votre patrimoine immobilier

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

Biens immobiliers (résidence principale et/ou secondaire(s))	Adresse(s)	Précisez si le bien est loué ?
		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

5. MESURE DE PROTECTION

Faites-vous l'objet d'une mesure de protection juridique ? **Si oui, joindre une copie du jugement :**

oui non en cours

6. PERSONNE DE CONFIANCE (à contacter en cas de nécessité et/ou pour m'assister en cas de besoin)

M. / Mme : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone fixe : _____ Téléphone portable : _____

Courriel : _____@_____

Statut de la personne de confiance :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Conjoint(e) | <input type="checkbox"/> Tuteur, curateur |
| <input type="checkbox"/> Enfant | <input type="checkbox"/> Ami(e) |
| <input type="checkbox"/> Petit-enfant | <input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____ |
| <input type="checkbox"/> Frère, sœur, neveu, nièce | |

J'autorise l'envoi de toute correspondance concernant mon dossier à la personne ci-dessus désignée, si elle en fait la demande par écrit.

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je, soussigné(e) (*Nom, prénom*) : _____

- agissant en mon nom propre
 en ma qualité de représentant légal de M. / Mme

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

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

Si vous résidez dans un établissement du Val d'Oise, l'allocation est directement versée à l'établissement sous forme de forfait global dépendance.

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 313-1 à 313-3, L 433-19, L 441-6 à L 441-7 du Code pénal) ainsi qu'au remboursement des prestations indûment perçues.

Fait à _____ le _____

Signature obligatoire du demandeur ou du représentant légal*

(*) En cas d'incapacité de signer du demandeur et en l'absence de mesure de protection, fournir un certificat médical attestant l'incapacité de signer du demandeur.

PIECES INDISPENSABLES A JOINDRE A LA DEMANDE

- Photocopie d'un justificatif d'identité (carte nationale d'identité, passeport, extrait d'acte de naissance ou livret de famille) **OU** pour les ressortissants hors Union européenne, de la carte de résidence ou du titre de séjour en cours de validité.
- Photocopie de votre dernier avis d'imposition ou de non-imposition à l'impôt sur le revenu dans son intégralité (les 2 feuilles recto verso).
- Si vous êtes propriétaire, photocopie des derniers avis d'imposition relatifs aux taxes foncières sur les propriétés bâties et/ou non bâties.
- Relevé d'identité bancaire ou postal.
- Photocopie du dernier relevé annuel de votre assurance vie.
- Photocopie, le cas échéant, du jugement de tutelle ou curatelle.
- Photocopie de votre carte Vitale ou attestation d'assurance maladie.
- Bulletin d'entrée en établissement et si vous l'avez déjà obtenue attestation de GIR délivrée par l'établissement.
- Justificatif de domicile des 3 derniers mois avant l'entrée en établissement (copie recto verso de(s) dernière(s) facture(s) d'électricité ou de gaz ou d'eau ou de téléphone fixe).
- si vous étiez locataire, photocopie des 3 dernières quittances de loyer, précédant votre entrée en établissement.
- si vous étiez hébergé(e), attestation d'hébergement (attestation sur l'honneur de l'hébergeant précisant le lieu et les dates d'arrivée et de départ) accompagnée des justificatifs d'identité et de domicile de l'hébergeant.

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Le Conseil départemental s'adressera à l'établissement afin d'obtenir l'attestation précisant le degré de dépendance du demandeur si celle-ci n'est pas fournie, de même pour 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 pouvez joindre les services départementaux, de 9h00 à 12h00, au :
01.34.25.35.73

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

**Conseil départemental du Val d'Oise
Direction Personnes Agées
2 avenue du Parc
CS 20201 CERGY
95032 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 modifiée qui protège les droits et libertés individuels. Conformément à l'article 32 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 :

Madame la Présidente du Conseil départemental - 2 avenue du Parc - CS 20201 CERGY - 95032 CERGY-PONTOISE CEDEX.