

## DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE POUR LES PERSONNES ÂGÉES EN ÉTABLISSEMENT

Cadre réservé à l'administration

DOSSIER N° :

COMMUNE : .....

CANTON : .....

A

### L'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE EN ÉTABLISSEMENT

L'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE est une prestation en nature en faveur des personnes âgées dépendantes, instituée par la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001, et modifiée par la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

L'APA est un droit universel, égal et personnalisé, géré par le Département, pour la prise en charge de la dépendance concernant les personnes âgées de 60 ans et plus.

Pour y prétendre, vous devez répondre aux conditions suivantes :

- être âgé d'au moins 60 ans,
- présenter une perte d'autonomie et avoir besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou nécessiter une surveillance régulière,
- résider en établissement.

B

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DEMANDEUR

|  |                      | DEMANDEUR   | CONJOINT, CONCUBIN OU PACS                                |
|--|----------------------|---|---|
| SITUATION DE FAMILLE   |                      | <input type="checkbox"/> Marié, PACS, en concubinage<br><input type="checkbox"/> Célibataire<br><input type="checkbox"/> Divorcé ou séparé<br><input type="checkbox"/> Veuf |   |
| NOM  |                      |   |   |
| PRENOMS  |                      |   |   |
| DATE ET LIEU DE NAISSANCE  |                      |   |   |
| NATIONALITE  |                      |   |   |
| Sécurité Sociale   | Numéro               | ..... / .....   | ..... / .....   |
|  | Caisse d'affiliation |   |   |
| Êtes-vous en activité ?  |                      | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON   | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| Si oui, précisez votre profession.   |                      | .....   | .....   |
| Êtes-vous retraité(e) ?  |                      | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON   | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| Si oui, précisez le régime de retraite principal et l'adresse de votre caisse (joindre un justificatif). |                      | .....<br>.....  | .....<br>.....  |

C

## LES MESURES DE PROTECTION

■ Le demandeur fait-il l'objet d'une mesure de protection juridique ?

OUI  NON

sauvegarde de justice  curatelle  tutelle  habilitation familiale (joindre copie du jugement)

Nom et adresse de l'organisme chargé de la gestion des biens ou du mandataire :

.....  
 .....

Téléphone :

Courriel :

D

## LA PERSONNE RÉFÉRENTE

■ Coordonnées de la personne référente (enfant, parent, autre...) :

Nom et adresse :

N° de téléphone :

⇒ N° domicile :

⇒ N° portable :

⇒ Courriel :

E

## LES COORDONNÉES DU DEMANDEUR

ADRESSE DE L'ÉTABLISSEMENT

DATE D'ARRIVÉE

N°, ETAGE ET VOIE OU LIEU DIT

COMMUNE

CODE POSTAL

■ Coordonnées téléphoniques :

ADRESSE PRÉCÉDENTE

du dernier domicile occupé pendant une durée d'au moins trois mois, hors établissement ou famille d'accueil

DATE D'ARRIVÉE

DATE DEPART

N° ET VOIE OU LIEU DIT

CODE POSTAL ET COMMUNE

DEPARTEMENT

RENSEIGNEMENTS RELATIFS A L'HABITATION PRINCIPALE

Le demandeur est-il :

PROPRIÉTAIRE ?  LOCATAIRE ?  LOGE GRATUITEMENT ? Préciser à quel titre : .....

USUFRUITIER ? ⇒  suite donation ou vente de biens (joindre copie intégrale des actes notariés)

(Préciser à quel titre) ⇒  suite au décès du conjoint

L'habitation principale est occupée par :

LE DEMANDEUR :  OUI  NON

SON CONJOINT, CONCUBIN OU PACS :  OUI  NON

SES ENFANTS :  OUI  NON

SES PETITS ENFANTS :  OUI  NON

F

## LES RESSOURCES ET LE PATRIMOINE DU DEMANDEUR

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

## ■ RESSOURCES ANNUELLES :

Montants des revenus mentionnés sur le dernier avis d'imposition

(joindre le ou les avis d'imposition, de non-imposition ou de l'avis de situation déclarative à l'impôt sur le revenu)

|                          |  |
|--------------------------|--|
| DEMANDEUR                |  |
| CONJOINT, CONCUBIN, PACS |  |

## ■ BIENS IMMOBILIERS :

Votre foyer détient-il des biens, dans le département ou hors département, en dehors de la résidence principale si celle-ci est occupée par le demandeur, son conjoint, son concubin, PACS, ses enfants ou petits-enfants ?

 OUI  NON

(si oui, remplir le tableau ci-dessous)

| ADRESSES<br>(joindre la copie du dernier avis de taxes foncières ou du relevé de matrice cadastrale mise à jour) | DESIGNATION<br>(maison, appartement, terrain non bâti, bois) |
|--|--|
|  |  |
|  |  |
|  |  |

N.B : Préciser s'il s'agit de bien en pleine propriété, en nue-propriété ou en indivision

## ■ Avez-vous consenti une vente de biens ? :

(joindre copie intégrale des actes)

 OUI  NON

G

## LES PRESTATIONS DE SOUTIEN À L'AUTONOMIE DU DEMANDEUR

## ■ Bénéficiez-vous actuellement de:

- la majoration pour aide constante d'une tierce personne (MTP) ?  OUI  NON
- la prestation complémentaire pour recours à tierce personne (PC RTP) ?  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

(joindre une copie de l'accord dans le cas d'une réponse positive)

**Attention** : aucune de ces prestations n'est cumulable avec l'Allocation Personnalisée d'Autonomie.

Si l'APA vous est accordée au titre du **GIR 1 ou 2**, vous pouvez bénéficier sans autre condition et à titre définitif de la CMI comportant les mentions « invalidité » et « stationnement pour personnes handicapées ».

■ Souhaitez-vous bénéficier de la carte mobilité inclusion comportant la mention « invalidité » prévue à l'article L.241-3 ?  OUI  NON

■ Souhaitez-vous bénéficier de la carte mobilité inclusion comportant la mention « stationnement pour personnes handicapées » prévue à l'article L.241-3 ?  OUI  NON

Si toutefois l'évaluation n'aboutit pas à un GIR 1 ou 2, l'attribution de la CMI relève de la compétence de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH). **Dans ce cas, cette demande est à faire par vos soins.**

Je soussigné(e) :  Madame  Monsieur

Nom, Prénom(s) : .....

Agissant :  en mon nom propre  
 en qualité de représentant de .....

Certifie exacts et complets les renseignements fournis dans le cadre de cette demande.

Je m'engage à déclarer toute évolution de ma situation. Je suis informé que toute fausse déclaration ou falsification de document, toute obtention usurpée d'un droit m'exposerait à des sanctions pénales et financières prévues par la loi. Je donne mon consentement pour que ces données fassent l'objet d'un traitement informatique.

Signature (obligatoire) :



Peuvent faire l'objet de poursuites pénales, les auteurs :

- de fausses déclarations ou déclarations volontairement incomplètes dans les circonstances définies à l'article 441-6 du Code Pénal ;
- de faits constitutifs d'escroquerie, tels qu'incriminés aux articles 313-1 et 313-2 du Code Pénal.

**■ Joindre obligatoirement :**

- Une copie de l'attestation d'assuré social.
- Une photocopie du livret de famille (pour les personnes mariées, veuves ou divorcées) ; du passeport ou de la carte d'identité (pour les personnes célibataires), ou un extrait d'acte de naissance.
- Une photocopie (recto et verso) de la carte de résidence ou du titre de séjour exigé pour résider régulièrement en France pour les personnes de nationalité étrangère hors communauté européenne.
- Une photocopie du dernier avis d'imposition, de non-imposition sur le revenu ou de l'avis de situation déclarative à l'impôt sur le revenu (ASDIR) du demandeur et du conjoint, du concubin ou PACS.
- Le cas échéant, toute pièce justificative des biens relevant du patrimoine dormant : photocopie du dernier relevé des taxes foncières sur les propriétés bâties et sur les propriétés non bâties pour les biens détenus sur le département ou hors département.
- Un relevé d'identité bancaire personnel indispensable pour le paiement de la prestation.
- L'exemplaire informations « mentions légales » à compléter.

**■ Joindre le cas échéant :**

- La photocopie intégrale des actes de vente.
- La photocopie du jugement de tutelle ou de curatelle.
- La photocopie du dernier titre de versement de la majoration pour aide constante d'une tierce personne (MTP), de la prestation complémentaire pour recours à tierce personne (PCRTP), ou de l'accord de tout autre organisme accordant une allocation.
- Un bulletin de situation, en cas d'hospitalisation.

*N.B. : le défaut de fourniture d'une pièce pourrait entraîner un retard préjudiciable au demandeur non imputable à l'autorité administrative.*

Toutes les rubriques du dossier doivent obligatoirement être remplies scrupuleusement.

En effet, une ou plusieurs pièces manquantes, ou une rubrique du dossier non complétée ou simplement barrée ne permettront pas de déclarer le dossier complet.

L'adresse d'envoi du dossier :



Conseil départemental de la Dordogne

DGA de la solidarité et de la prévention

Cité Administrative Bugeaud CS 70010 – 24016 PERIGUEUX Cedex

Les informations recueillies vous concernant font l'objet d'un traitement, auquel vous consentez, destiné à instruire votre demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie. Ce traitement s'inscrit dans le cadre réglementaire suivant :

- Articles L. 232-1 à L. 232-28 du code de l'action sociale et des familles
- Articles R. 232-1 à R. 232-61 du code de l'action sociale et des familles

Les données enregistrées sont celles du présent formulaire, ainsi que les informations que vous avez librement fournies. Les données n'ont pas pour finalité une prise de décision automatisée. L'ensemble des données est obligatoire, tout défaut de réponse entraînera l'impossibilité de traiter votre dossier.

Le Département de La Dordogne est le responsable du traitement. Les informations enregistrées sont destinées aux services instructeurs du Département et ne peuvent être communiquées, en cas de besoin nécessaire à l'instruction de votre situation, qu'aux destinataires dûment habilités et intervenant strictement dans le cadre de votre dossier, en fonction de leurs missions.

Les décisions sont notifiées à la personne ayant formulé la demande d'aide (l'utilisateur ou son représentant légal, le cas échéant) ainsi qu'à l'établissement d'accueil.

Les données enregistrées sont conservées conformément aux prescriptions des Archives départementales.

Conformément au cadre juridique sur la protection des données personnelles en vigueur (Règlement général de Protection des Données - RGPD et Loi informatique et libertés modifiée), vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de limitation des informations qui vous concernent.

Vous pouvez également définir le sort de vos données après votre décès. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant, sauf si ce droit a été écarté par une disposition législative.

Ces demandes doivent être adressées, en justifiant de votre identité par l'envoi d'une copie d'une pièce d'identité, par courrier électronique à l'adresse [protectiondesdonnees@dordogne.fr](mailto:protectiondesdonnees@dordogne.fr) ou par voie postale à l'adresse suivante :

Monsieur le Président du Conseil Départemental de la Dordogne  
Délégué à la Protection des données  
Hôtel du Département  
2 rue Paul-Louis Courier - CS 11200  
24019 PERIGUEUX Cedex

En l'absence de réponse dans le délai d'un mois à compter de la réception par le Conseil départemental de votre demande, vous pouvez également introduire une réclamation à l'adresse suivante :

CNIL  
3, place Fontenoy  
TSA 80715  
75334 Paris cedex [www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)

**J'atteste avoir pris connaissance des dispositions susmentionnées,**

Date :

Signature :