



CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

N° DOSSIER

NOM

PRÉNOM

DATE DE DÉPÔT
(TAMPON DATEUR)

PREMIÈRE DEMANDE

**D'ALLOCATION PERSONNALISÉE
D'AUTONOMIE À DOMICILE**

D'UNE PERSONNE AGÉE DE SOIXANTE ANS ET PLUS



• QUI PEUT DEMANDER L'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE ?

Toute personne âgée de 60 ans ou plus remplissant les conditions suivantes :

- Résider en France
- Attester d'une résidence stable
- Avoir besoin d'une aide pour accomplir **les actes essentiels de la vie quotidienne** ou nécessiter une surveillance régulière.

• QUELLES SONT LES DÉMARCHES À ACCOMPLIR ?

- 1) Compléter le dossier de demande d'allocation personnalisée d'autonomie et joindre les justificatifs sollicités (justificatif d'identité et justificatifs de ressources)
- 2) Faire remplir le document médical de liaison par son médecin traitant ou hospitalier (à joindre sous pli confidentiel dans l'enveloppe ci-jointe)
- 3) Accepter qu'une proposition de plan d'aide personnalisé soit établie à domicile par un professionnel du Département.

• COMMENT EST CALCULÉ LE MONTANT DE L'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE ?

Le montant de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie susceptible d'être attribué dépend de trois éléments :

- Du degré de la perte d'autonomie de la personne âgée
- Des besoins nécessaires recensés dans le plan d'aide personnalisé
- De la participation financière du demandeur calculée en fonction des ressources et du montant du plan d'aide.

DISPOSITIONS RELATIVES A LA LOI DU 6 JANVIER 1978

La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux informations figurant dans ce formulaire. Conformément aux articles 32, 39 et 40 de cette loi, les personnes auprès desquelles sont recueillies des informations nominatives sont notamment informées que :

1. Toutes les réponses sont obligatoires. Un défaut de réponse entraînera des retards ou une impossibilité dans l'instruction du dossier.
2. Les destinataires des informations collectées sont les services du Département de la Seine-Maritime habilités à instruire les dossiers et le cas échéant les administrations et organismes conventionnés par le Département au vu de leur mission spécifique.
3. En tout état de cause, les personnes concernées ont un droit d'accès et de rectifications aux informations qui les concernent. Elles peuvent exercer ce droit en envoyant un courrier électronique au Correspondant Informatique et Libertés du Département de la Seine-Maritime (cil@seinemaritime.fr) ou en lui adressant un courrier à l'adresse suivante : Monsieur le Correspondant Informatique et Libertés – Département de la Seine-Maritime – Quai Jean Moulin – CS 56101 – 76101 Rouen Cedex.

ÉTAT CIVIL DE LA PERSONNE POUR LAQUELLE L'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE EST SOLLICITÉE (LE DEMANDEUR)

COMPOSITION DU FOYER

Nom	<input type="text"/>	
Nom de naissance	<input type="text"/>	
Prénoms	<input type="text"/>	
Date de naissance	<input type="text"/>	Lieu de naissance <input type="text"/>
Situation de la famille :		
<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Concubinage <input type="checkbox"/> Séparé(e) depuis le : / /		
<input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Personne ayant conclu un PACS (Pacte Civil de Solidarité)		
Nationalité	<input type="text"/>	
N° de Sécurité Sociale	<input type="text"/>	<input type="text"/> clé
Êtes-vous retraité(e) ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Si non, précisez :	
Si oui, nom de l'organisme principal de retraite :		
<input type="checkbox"/> CARSAT <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> RSI <input type="checkbox"/> CNRACL <input type="checkbox"/> SNCF <input type="checkbox"/> Autres (à préciser) :		

Nom du Conjoint, concubin ou membre du PACS	<input type="text"/>	
Nom de naissance	<input type="text"/>	
Prénoms	<input type="text"/>	
Date de naissance	<input type="text"/>	Lieu de naissance <input type="text"/>
N° de Sécurité Sociale	<input type="text"/>	<input type="text"/> clé
Est-il en activité ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Est-il retraité(e) ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON (Si oui, précisez le régime principal de retraite)	
<input type="checkbox"/> CARSAT <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> RSI <input type="checkbox"/> CNRACL <input type="checkbox"/> SNCF <input type="checkbox"/> Autres à préciser :		

ADRESSE ACTUELLE DU DEMANDEUR

N° : Bâtiment : Étage :

Rue :

Code postal : Commune :

Tél. domicile

Tél. portable

Précisez s'il s'agit

Du domicile (si oui, précisez) Locataire Propriétaire

D'une résidence autonomie* (si oui, précisez le nom)

De l'accueil par un particulier à domicile à titre onéreux dans le cadre de la loi 2015-1776 du 28 décembre 2015 (si oui, précisez le nom et prénom de l'accueillant familial)

Autre établissement (si oui, précisez le nom)

Date d'arrivée à cette adresse / /

Adresse précédente (à compléter **impérativement** pour les personnes domiciliées en résidence autonomie*, en famille d'accueil ou autre établissement) :

Lieu de résidence du conjoint, concubin ou membre du PACS si différente

Autre(s) personne(s) vivant au domicile du demandeur (hors conjoint, concubin ou membre du pacs)

Nom et Prénom	Date de naissance	Lien	Profession / Activité

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

OUI NON EN COURS

Si oui, de quel type ? Sauvegarde de justice Curatelle Tutelle Habilitation familiale

(Joindre le Jugement)

Nom et prénom du tuteur, curateur, personne habilitée ou nom de l'organisme chargé de la mesure :

Adresse

* Nouvelle appellation des Logements Foyers issue de la loi du 28 décembre 2015 relative à l'Adaptation de la Société au Vieillessement

AUTRES RENSEIGNEMENTS

NOM du Médecin Traitant

Adresse

Tél.

PERSONNE À CONTACTER POUR SUIVRE LE DOSSIER ET ORGANISER LA VISITE AU DOMICILE

Nom et prénom

Tél. domicile

Tél. portable

Lien avec le demandeur

Enfant

Petit-enfant

Frère ou sœur

Ami

Autres

Adresse

PERSONNE / ORGANISME À L'ORIGINE DE LA DEMANDE

Demandeur

Famille

Médecin Traitant

CCAS

CLIC

Service Social Hôpital/Clinique

Autres (à préciser) :

ÊTES-VOUS ACTUELLEMENT HOSPITALISÉ(E) : OUI NON

Date d'entrée / /

Date de sortie prévue / / (Joindre un bulletin de situation)

AIDES EXISTANTES (JOINDRE LE JUSTIFICATIF CORRESPONDANT)

Bénéficiez-vous d'une aide ménagère ?

OUI

NON

Si oui

Financée par votre caisse de retraite principale

Financée par le Département au titre de l'aide sociale

En financement personnel

Bénéficiez-vous d'une autre aide ?

OUI

NON

Si oui

D'une Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP)

D'une Prestation de Compensation du Handicap (PCH)

D'une Majoration Tierce Personne (MTP) (versée par la Sécurité Sociale, votre caisse de retraite)

D'une Prestation Complémentaire pour Recours à Tierce Personne (PC RTP)

Pour information, l'APA n'est cumulable avec aucune de ces prestations

En cas de rejet de votre demande APA, autorisez-vous le Département à informer votre caisse de retraite principale ? OUI NON

AUTRES INTERVENANTS A DOMICILE

Bénéficiez-vous à ce jour d'interventions à votre domicile ? OUI NON

- Si oui, lesquelles ? Service d'Aide à Domicile (SAAD)
 Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD)
 Infirmière
 Hospitalisation à Domicile (HAD)
 Autres (à préciser)

Coordonnées

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE(S) PROCHE(S) AIDANT(S)* DU DEMANDEUR (FACULTATIF)

Nom et prénom de votre ou de vos aidants	Age	Lieu de résidence	Nature du lien avec vos aidants	Nature de l'aide apportée (accompagnement dans les actes de la vie quotidienne, déplacements, courses...)	Nombre d'heures approximatif dans le mois

* Famille, entourage amical ou voisinage qui vous apportent une aide dans la vie quotidienne

CARTE D'INVALIDITÉ ET CARTE DE STATIONNEMENT

Bénéficiez-vous actuellement ?

d'une carte d'invalidité OUI NON

d'une carte de stationnement OUI NON

Si non, dans le cadre de ce dossier APA, souhaitez-vous la délivrance ?

d'une carte d'invalidité prévue à l'article L. 241-3 du CASF ** OUI NON

d'une carte de stationnement prévue à l'article L. 241-3-2 du CASF OUI NON

**Si vous avez coché oui et obtenez l'APA avec une perte d'autonomie de niveau 1 ou 2 (les plus élevés sur la grille nationale de la perte d'autonomie), ces cartes vous seront délivrées à titre définitif par la Maison Départementale des Personnes Handicapées, seul organisme habilité en la matière. Le Département se chargera de lui transmettre votre demande.*

**** CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles**

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES REVENUS ET LE PATRIMOINE

EN COMPLÉMENT DES DOCUMENTS RELATIFS À VOS REVENUS À JOINDRE À VOTRE DEMANDE
(voir la liste des pièces justificatives à produire page 8)

• Revenus complémentaires :

Percevez-vous une rente viagère à titre onéreux ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Si oui, a-t-elle été constituée en vue de vous prémunir contre le risque de la perte d'autonomie ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
<i>Joindre le justificatif correspondant</i>		
Bénéficiez-vous d'une pension alimentaire ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Si oui, versée par :	<input type="checkbox"/> Descendant <input type="checkbox"/> Ex conjoint <input type="checkbox"/> Autre (à préciser) :	

• Patrimoine dormant du demandeur, du conjoint, concubin ou de la personne avec laquelle vous avez conclu un PACS : *La résidence principale ne doit pas être déclarée si elle est occupée par le demandeur, son conjoint, concubin, pacsé, ses enfants et petits-enfants.*

Possédez-vous des biens mobiliers ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
<i>(objets d'art et de valeur, bateaux, chevaux de courses...)</i>		
Si oui, préciser la valeur	<input type="text"/>	€
Possédez-vous de l'épargne ni exploitée, ni placée ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
<i>(épargne ne procurant pas de revenus hors compte courant)</i>		
<i>Si OUI, joindre les justificatifs au 31 décembre de l'année écoulée</i>		
Avez-vous souscrit un ou des contrats d'assurance-vie non déclaré sur l'avis d'imposition ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
<i>Si OUI, joindre les justificatifs au 31 décembre de l'année écoulée</i>		
Possédez-vous des biens immobiliers <u>non loués</u> ou <u>occupés à titre gratuit</u> ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
<i>Si OUI, préciser la nature des biens et adresses dans le tableau ci-dessous</i>		

Nature des biens (ex : maison, terrains, appartement et terres agricoles...)	Préciser le propriétaire		Valeur locative* en euros	Lien de parenté de l'occupant éventuel
	Demandeur	Conjoint ou autres		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

* Valeur locative indiquée dans le dernier relevé de la taxe foncière sur les propriétés bâties ou non bâties ou sur l'extrait de la matrice cadastrale disponible en Mairie

Je soussigné(e), Monsieur, Madame	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> agissant en mon nom propre	
<input type="checkbox"/> en ma qualité de représentant de Monsieur ou Madame	<input type="text"/>
déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur la présente demande.	
Fait à	le / /
Signature du demandeur ou de son représentant légal	<input type="text"/>

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations.

PIÈCES JUSTIFICATIVES À PRODUIRE POUR TOUTE DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE

- Copie du livret de famille ou carte nationale d'identité ou passeport de la Communauté Européenne ou extrait d'acte de naissance, ou en cas de nationalité étrangère, copie de la carte de résidence ou titre de séjour en cours de validité
- Photocopie **intégrale** du dernier avis d'imposition ou de non imposition à l'impôt sur le revenu du demandeur, du conjoint, du concubin ou de la personne ayant conclu un Pacte Civil de Solidarité
- Si vous êtes propriétaire : photocopie **intégrale** des derniers avis d'imposition relatifs à la taxe foncière sur les propriétés bâties et à la taxe sur les propriétés non bâties
- Toutes pièces justificatives des biens ou capitaux relevant du patrimoine dormant (relevé(s) annuel(s) d'assurance vie...)
- Le cas échéant, copie du jugement de protection juridique
- Relevé d'identité bancaire ou postal au nom du demandeur
- Document médical de liaison ci-joint à faire remplir par le médecin traitant ou hospitalier (à joindre sous pli confidentiel dans l'enveloppe ci-jointe)
- Bulletin de situation en cas d'hospitalisation.

Demande à retourner à l'adresse suivante :

DÉPARTEMENT DE LA SEINE-MARITIME

DIRECTION DE L'AUTONOMIE

Sous-Direction Autonomie à Domicile

Bâtiment F

Quai Jean Moulin

CS 56101 - 76101 ROUEN CEDEX

Tél : 02 35 03 55 55

P.16772

Tous les documents sont téléchargeables et imprimables sur le site du Département de la Seine-Maritime www.seinemaritime.net (rubriques : Nos actions/Santé-Social/Personnes âgées)