

Le demandeur est-il sous-tutelle ou curatelle ? Oui Non

Si oui, précisez le nom du responsable légal :

Adresse :

Adresse mail : Téléphone : | | | | | | | | | | | | | | | |

Autre personne à contacter (à noter : en cas de tutelle, seul le tuteur recevra les courriers)

Nom : Prénom(s) :

Nom de naissance (si différent) : Date de naissance : | | | | | | | | | | | | | | | |

Adresse postale :

Adresse mail : Téléphone : | | | | | | | | | | | | | | | |

Lien avec le demandeur : Portable : | | | | | | | | | | | | | | | |

Souhaitez-vous que les courriers soient adressés à cette personne ? Non Oui**Autres aides déjà perçues.** Si vous bénéficiez déjà d'une aide, précisez :

Aides	Organisme financeur
Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP)	
Prestation de Compensation du Handicap (PCH)	
Majoration pour tierce personne (MTP ou PC RTP)	
Prise en charge d'une aide-ménagère à domicile	

Revenus et patrimoine

- Vous êtes propriétaire d'un ou plusieurs biens immobiliers bâtis..... Oui Non
Si oui, votre résidence principale est occupée par :
 Vous et/ou votre conjoint Vos Enfant(s) ou petit(s)enfant(s) Autre personne Inoccupée
- Vous êtes bénéficiaire d'une rente issue d'un placement pour se prémunir contre la perte d'autonomie Oui Non

Demande de Carte Mobilité Inclusion (C.M.I.) ¹

Souhaitez-vous bénéficier :

- d'une CMI Invalidité ou Priorité ² Non Oui
- d'une CMI Stationnement Non Oui

¹ depuis le 01/01/2017, la CMI remplace les cartes d'invalidité, de priorité et de stationnement pour personnes handicapées² vous ne pouvez pas choisir entre les mentions « invalidité » ou « priorité » ; seule l'une des mentions est accordée si vous remplissez les conditions médicales.**Signature :**

- Je certifie sur l'honneur l'exactitude de tous les renseignements figurants sur le présent dossier, avoir pris connaissance des sanctions encourues en cas de fausse déclaration et m'engage à fournir toutes les pièces justificatives qui me seraient demandées.
- Je m'engage à signaler tout changement de situation (hospitalisation, entrée en EHPAD, déménagement....)
- J'autorise le Département à transmettre sa décision aux organismes concernés

Nom du signataire :

Le | | | | | | | | | | | | | | | |

Signature

Dossier Individuel de demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie

Pièces à joindre au dossier :

- Copie recto-verso d'une **pièce d'identité** (carte d'identité, livret de famille, passeport de l'union européenne). Si le demandeur est ressortissant d'un pays hors Union européenne, copie recto-verso de son titre de séjour ou de sa carte de résidence.
- Copie recto-verso du dernier **avis d'imposition** sur les revenus
- Copie recto-verso du dernier **avis d'imposition** sur les revenus du conjoint, concubin ou personne avec laquelle vous avez conclu un PACS.
- **Relevé d'identité bancaire** au nom du demandeur (hors compte d'épargne).
- Copie recto-verso du ou des derniers relevés des **taxes foncières**
- Copie de la mesure de protection (**jugement de tutelle**)
- Copie du **bulletin de présence** en établissement

A noter :

- Si toutes les pages de vos documents ne sont pas transmises votre dossier sera déclaré incomplet

Merci de NE PAS AGRAFER vos documents justificatifs

Informations légales

Article L232-16 du code de l'action sociale et des familles : "Pour vérifier les déclarations des intéressés et s'assurer de l'effectivité de l'aide qu'ils reçoivent, les services chargés de l'évaluation des droits à l'allocation personnalisée d'autonomie et du contrôle de son utilisation peuvent demander toutes les informations nécessaires aux administrations publiques, notamment aux administrations fiscales, aux collectivités territoriales, aux organismes de sécurité sociale et de retraite complémentaire qui sont tenus de les leur communiquer."

Article L135-1 du code de l'action sociale et des familles : « Le fait de percevoir frauduleusement ou de tenter de percevoir frauduleusement des prestations au titre de l'aide sociale est puni des peines prévues par les articles 313-1, 313-7 et 313-8 du code pénal. »

Dispositions relatives à loi du 6 janvier 1978

Les traitements relatifs à cette demande sont informatisés. Ils sont soumis aux dispositions de la loi « informatique et libertés du 6 janvier 1978 qui protège les droits et libertés individuelles. Les personnes concernées par la demande ont un droit d'accès et de rectification des informations nominatives stockées ou traitées informatiquement.

Fiche de renseignements médico-sociaux

Nom et prénom du demandeur : Le

Les renseignements demandés sont nécessaires pour un meilleur suivi de votre situation, dès le dépôt de votre demande. Ils ne déterminent pas vos droits à l'APA, mais ils permettent de **préparer la visite à domicile** qui sera effectuée par un référent médico-social.

Vous	Oui	Non
Vivez-vous seul(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recevez-vous au moins une visite par semaine en dehors des professionnels qui interviennent à votre domicile ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sortez-vous au moins une fois par semaine (courses, sorties, loisirs, ...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estimez- vous que votre habitat est isolé (éloigné des autres habitations) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Au cours des 3 derniers mois :	Oui	Non
Avez-vous perdu du poids ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous fait une chute ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous vécu un évènement majeur (deuil, entrée de votre conjoint en établissement, ...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous été hospitalisé ? si oui, précisez : la durée : jours et l'établissement :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans la vie quotidienne, vous avez besoin d'aide pour :	Oui	Non
Vous déplacer dans les principales pièces de votre logement (cuisine, chambre, salle de bains, WC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gérer votre budget et vos papiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utiliser un moyen de transport (véhicule, transports en commun)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utiliser le téléphone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suivre votre traitement médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aide extérieure	Oui	Non
Etes-vous suivi(e) par un service d'aide à domicile ? Si oui, lequel :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bénéficiez-vous de soins infirmiers ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Employez-vous une aide à domicile avec des chèques emploi services ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médecin	Oui	Non
Acceptez-vous que le médecin du Département prenne contact avec votre médecin traitant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre médecin traitant est le docteur		
Son numéro de téléphone est :/...../...../...../.....		