

Demande

d'Allocation Personnalisée d'Autonomie

d'une personne âgée de plus de 60 ans

à domicile en établissement

NOM ET PRÉNOM

ADRESSE ACTUELLE

Date d'arrivée ____ / ____ / ____

Code postal et commune _____

Téléphone *(pour pouvoir organiser la visite à domicile)* _____

Il s'agit du domicile locataire propriétaire hébergé *(rayer les mentions inutiles)*

d'un foyer logement, d'une maison de retraite, d'un centre de soins de longue durée,
de l'accueil par un particulier à titre onéreux

CACHET DE L'ORGANISME QUI A REMIS LE DOSSIER

N° DU DOSSIER _____

N° DE L'AIDE _____

ADRESSE PRÉCÉDENTE	À remplir si le demandeur réside actuellement dans un foyer-logement, une maison de retraite, un centre de soins de longue durée ou chez un particulier à titre onéreux
<hr/> <hr/>	
Code postal _____ Commune _____	
Il s'agissait <input type="checkbox"/> du domicile <input type="checkbox"/> d'un foyer-logement, d'une maison de retraite, d'un centre de soins de longue durée, d'un accueil chez un particulier à titre onéreux	
Date d'arrivée ____/____/____ Date de départ ____/____/____	

ÉTAT CIVIL	LE DEMANDEUR	LE CONJOINT OU LA PERSONNE VIVANT MARITALEMENT
Nom (<i>marital pour les femmes</i>)		
Nom de naissance		
Prénom		
Date et lieu de naissance		
N° de Sécurité sociale		
Nationalité		
Situation de famille		
Nom de la caisse de retraite principale		
Situation professionnelle et adresse de l'employeur éventuel		
Précisez si le conjoint réside <input type="checkbox"/> à domicile <input type="checkbox"/> en structure d'hébergement		

TUTELLE
Mentionnez le cas échéant si le demandeur fait l'objet d'une mesure de : <input type="checkbox"/> sauvegarde de justice <input type="checkbox"/> curatelle <input type="checkbox"/> tutelle
Nom et adresse du tuteur ou de l'organisme chargé de la gestion de la mesure <hr/> <hr/>

RESSOURCES ANNUELLES	LE DEMANDEUR	LE CONJOINT OU LA PERSONNE VIVANT MARITALEMENT
Montant des retraites principales et complémentaires perçues dans l'année		
Allocations, rentes et pensions diverses		
Pensions alimentaires versées par les descendants		
Revenus locatifs		
Salaire ou bénéfice déclaré		

PATRIMOINE DU FOYER

Résidence principale

Adresse : _____

- occupée par le conjoint, la personne vivant
maritalement, un enfant ou un petit enfant
- bien loué à un tiers
- libre

Autres biens immobiliers

Adresse 1 : _____

- bâti non bâti

Adresse 2 : _____

- bâti non bâti

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

AIDES EXISTANTES (joindre le justificatif correspondant)

Le demandeur bénéficie-t-il :

- d'une aide ménagère à domicile prise en charge par :
- une caisse de retraite,
 - l'aide sociale départementale ;
- de la prestation spécifique dépendance, versée par le département de _____
- de l'allocation compensatrice pour tierce personne versée, par le département de _____
- de la majoration tierce personne versée par la Sécurité sociale ;
- de l'aide sociale à l'hébergement.

ATTENTION : l'APA n'est cumulable ni avec la prestation spécifique dépendance, ni avec l'allocation compensatrice pour tierce personne, ni avec la majoration pour tierce personne, ni avec la prestation légale d'aide ménagère.

PERSONNE RÉFÉRENTE à contacter en cas de besoin (personne qui rencontre très régulièrement le demandeur)

Nom et prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ Lien avec le demandeur : _____

Je soussigné(e), _____ agissant en mon nom propre/en ma qualité de représentant (1) certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus. J'ai pris connaissance des sanctions encourues en cas de fraude et des dispositions relatives à la loi du 6 janvier 1978 figurant au verso.

Fait à _____ le ____ / ____ / 200__ Signature

(1) Rayer la mention inutile.

SANCTIONS EN CAS DE FRAUDE

Vous êtes informé(e) que toute fausse déclaration ou falsification de document, toute obtention usurpée d'un droit, vous expose à des sanctions pénales et financières en application des articles L 331-1, L 331-3, L 433-19, L 441-7 du Code pénal ainsi que, le cas échéant, à la récupération par le Département des sommes indûment perçues.

DISPOSITIONS RELATIVES A LA LOI " INFORMATIQUE ET LIBERTÉS "

Les traitements de l'aide sociale départementale sont informatisés.

Ils sont donc soumis aux dispositions de la loi " Informatique et libertés " du 6 janvier 1978 qui protège les droits et libertés individuels.

Conformément à l'article 27 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 dans l'instruction du dossier.
2. Les destinataires des informations collectées sont exclusivement des administrations et organismes habilités à connaître des dossiers de l'aide sociale en application des articles L 133-5, L 221-7 ou L 221-8 du Code de l'action sociale et des familles.
3. 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 :

Direction générale adjointe - Vie sociale
Service de l'aide sociale aux personnes âgées
2 à 16, boulevard Soufflot
92015 Nanterre cedex