



A.P.A. Demande d'allocation personnalisée d'autonomie d'une personne de soixante ans et plus

À domicile
 En établissement
 En famille d'accueil

1^{ère} demande
 Renouvellement / révision :
n° dossier _____

Monsieur Madame

Nom usuel : _____

Prénoms : _____

Nom de naissance : _____

Né.e le : _____ à _____

Département : _____

Nationalité : française européenne autre

N° de sécurité sociale : _____

N° de tél. (obligatoire pour la prise de rendez-vous) : _____

N° de port. : _____ Mail : _____

Êtes-vous : Locataire Occupant a titre gratuit Propriétaire Usufruitier

| Domicile | Maison de retraite (EHPAD ¹) | Résidence autonomie (Foyer logement) | Accueil familial |
|---------------------------|--|--|---|
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| Depuis le : _____ | Date d'entrée : _____ | Date d'arrivée le : _____ | Date d'arrivée le : _____ |
| Domicile antérieur | Domicile de secours² (adresse avant entrée en maison de retraite) | Domicile de secours² (adresse avant l'arrivée en résidence autonomie) | Domicile de secours² (adresse avant l'arrivée en accueil familial) |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| | Du _____ au _____ | Du _____ au _____ | Du _____ au _____ |

1 Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

2 Domicile de secours : la prise en charge de l'A.P.A. incombe au Département de votre domicile de secours, c'est à dire le Département où vous résidiez plus de trois mois avant votre arrivée en maison de retraite, résidence autonomie ou famille d'accueil.

Mesure de protection

Le.a demandeur.euse fait-il l'objet d'une mesure de protection : oui non en cours

Si oui, laquelle : Sauvegarde de justice Curatelle Curatelle renforcée Tutelle
 Mesure d'accompagnement judiciaire

Adresse du représentant : _____

N° de tél. : _____

Adresse mail : _____ @ _____

Situation de famille

Monsieur Madame

Célibataire Marié.e Pacsé.e Vie maritale Séparé.e Divorcé.e Veuf.ve

→ Conjoint.e / Concubin.e / Partenaire de pacs

Nom usuel : _____

Prénoms : _____

Nom de naissance : _____

Né.e le : _____ à _____ Département : _____

Nationalité : française européenne autre

N° de sécurité sociale : _____

Est-il.elle :

retraité.e en activité autre

Adresse (à préciser si différente du.de la demandeur.euse) _____

Si le.a conjoint.e, concubin.e, ou membre du pacs est décédé.e, préciser la date du décès : ____/____/____

Autres personnes vivant sous le même toit que le.la demandeur.euse

(hors conjoint.e, concubin.e ou membre du pacs)

| Nom et prénom | Date de naissance | Lien de parenté | Profession |
|---------------|-------------------|-----------------|------------|
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |

Référent

Monsieur Madame

Personne ou organisme à contacter en cas de besoin, destinataire de tout courrier relatif à la demande d'APA

Nom et Prénom : _____ Lien de parenté : _____

Adresse : _____

N° de tél. (obligatoire pour la prise de rendez-vous) : _____

Adresse mail : _____ @ _____ Né.e le : _____

Nom, adresse et téléphone du médecin traitant

- Pour les personnes en établissement, merci de passer directement aux questions de la page 4
- Pour les personnes à domicile, en résidence autonomie ou en accueil familial, merci de compléter le questionnaire page suivante

Proche.s - Aidant.e.s

Personne de votre famille ou de votre entourage amical ou de voisinage qui vous apporte une aide dans la vie quotidienne

Ce volet du dossier de demande vise à apporter des premières informations sur les personnes de votre famille ou de votre entourage amical ou de voisinage qui vous apportent une aide dans la vie quotidienne, que l'on nommera « aidant.e.s » dans ce qui suit. Son remplissage est facultatif.

| Aidant.e 1 | Aidant.e 2 |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> Madame Nom et Prénom : _____ | <input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> Madame Nom et Prénom : _____ |
| Date de naissance : _____ Âge : _____ | Date de naissance : _____ Âge : _____ |
| Adresse : _____ _____ _____ | Adresse : _____ _____ _____ |
| Lien avec votre aidant.e : _____ | Lien avec votre aidant.e : _____ |
| Nature de l'aide apportée (ex : accompagnement dans les déplacements à l'extérieur de votre domicile, courses...) _____ _____ | Nature de l'aide apportée (ex : accompagnement dans les déplacements à l'extérieur de votre domicile, courses...) _____ _____ |
| Durée et périodicité de l'aide apportée (journée, semaine ou mois) _____ _____ | Durée et périodicité de l'aide apportée (journée, semaine ou mois) _____ _____ |

Employé.e en emploi direct ou CESU (Chèque Emploi Service Universel)

| Employé.e 1 | Employé.e 2 | Employé.e 3 |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> Madame Nom et Prénom : _____ | <input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> Madame Nom et Prénom : _____ | <input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> Madame Nom et Prénom : _____ |
| Date de naissance : _____ Âge : _____ | Date de naissance : _____ Âge : _____ | Date de naissance : _____ Âge : _____ |
| N° Sécurité Sociale : _____ | N° Sécurité Sociale : _____ | N° Sécurité Sociale : _____ |
| Adresse : _____ _____ _____ | Adresse : _____ _____ _____ | Adresse : _____ _____ _____ |
| Date d'embauche : _____ | Date d'embauche : _____ | Date d'embauche : _____ |

Ressources du foyer

Joindre la copie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition sur les revenus (toutes les pages)

Ressources :

Demandeur.euse

Caisse de retraite principale

CARSAT MSA RSI AUTRE

Nom et adresse de l'organisme de retraite, si autre

Caisses de retraites complémentaires

Nom et adresse des organismes (ex : arcco)

Conjoint.e / concubin.e / partenaire de pacs

Caisse de retraite principale

CARSAT MSA RSI AUTRE

Nom et adresse de l'organisme de retraite, si autre

Caisses de retraites complémentaires

Nom et adresse des organismes (ex : arcco)

Percevez-vous : (répondre par oui ou par non)

- Une pension de reversion
(Si oui, merci de joindre les justificatifs)
- L'allocation de solidarité aux personnes âgées
(A.S.P.A, ancien minimum vieillesse)
- L'allocation aux adultes handicapés (AAH)
- La majoration pour tierce personne (MTP)
- La prestation complémentaire
pour recours à tierce personne (PCRTP)
- L'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP)
- L'aide ménagère (versée par les caisses de retraite)
- Une pension d'invalidité
- Une rente accident du travail
- Des ressources ne figurant pas sur l'avis d'imposition
soumis aux prélèvements libératoires
Si oui, montant
- Une pension alimentaire fixée par décision de justice

Demandeur.euse

oui non

oui non

oui non

oui non

oui non

oui non

oui non

oui non

oui non

oui non

 oui non

Conjoint.e

oui non

oui non

oui non

oui non

oui non

oui non

oui non

oui non

oui non

oui non

 oui non

Biens immobiliers (cocher la case correspondant à votre situation) :

Je déclare sur l'honneur ne pas posséder d'autres biens immobiliers (bâtis ou non bâtis) que celui que j'occupe au titre de ma résidence principale.

Je déclare posséder d'autres biens immobiliers (bâtis ou non bâtis...) et je complète le tableau ci-dessous :

| | | | | |
|-----------------------------------|--|---|---|---|
| Adresse : ----- ----- ----- | Êtes-vous : <input type="checkbox"/> Propriétaire <input type="checkbox"/> Usufructier | Le bien est-il : <input type="checkbox"/> Loué <input type="checkbox"/> Occupé à titre gracieux | Est-il occupé par : <input type="checkbox"/> Enfants <input type="checkbox"/> Petits enfants <input type="checkbox"/> Conjoint.e <input type="checkbox"/> Locataire <input type="checkbox"/> Autre personne à titre gracieux | Montants des loyers ou fermages (annuels ou mensuels) ----- ----- |
| Adresse : ----- ----- ----- | Êtes-vous : <input type="checkbox"/> Propriétaire <input type="checkbox"/> Usufructier | Le bien est-il : <input type="checkbox"/> Loué <input type="checkbox"/> Occupé à titre gracieux | Est-il occupé par : <input type="checkbox"/> Enfants <input type="checkbox"/> Petits enfants <input type="checkbox"/> Conjoint.e <input type="checkbox"/> Locataire <input type="checkbox"/> Autre personne à titre gracieux | Montants des loyers ou fermages (annuels ou mensuels) ----- ----- |
| Adresse : ----- ----- ----- | Êtes-vous : <input type="checkbox"/> Propriétaire <input type="checkbox"/> Usufructier | Le bien est-il : <input type="checkbox"/> Loué <input type="checkbox"/> Occupé à titre gracieux | Est-il occupé par : <input type="checkbox"/> Enfants <input type="checkbox"/> Petits enfants <input type="checkbox"/> Conjoint.e <input type="checkbox"/> Locataire <input type="checkbox"/> Autre personne à titre gracieux | Montants des loyers ou fermages (annuels ou mensuels) ----- ----- |

Joindre impérativement la photocopie de toutes les pages des différentes taxes foncières en précisant les biens procurant des revenus déclarés dans votre avis d'imposition (y compris pour les terres agricoles), ainsi que les justificatifs concernant la location des biens, terrains.

NB : si aucune case n'est cochée, une demande de pièces complémentaires vous sera systématiquement envoyée et cela retardera la prise en compte de votre dossier.

Biens mobiliers et capitaux (dont assurance-vie) : cocher la case correspondant à votre situation et joindre les relevés d'assurance-vie ainsi que les justificatifs précisant les intérêts de vos différents placements pour le demandeur et/ou son conjoint.

Je déclare sur l'honneur que ni moi ni mon.a conjoint.e / concubin.e / partenaire de PACS ne possédons de capitaux, produits d'épargne....

Je déclare que moi ou mon.a conjoint.e / concubin.e / partenaire de PACS possédons des produits d'épargne et je complète le tableau ci-dessous :

NB : si aucune case n'est cochée, une demande de pièces complémentaires vous sera systématiquement envoyée et cela retardera la prise en compte de votre dossier.

| Biens mobiliers (Epargne) | Détenteur du compte | Nom du produit (Ex : livret A, LDD, LEP, PEL...) | Montant | Intérêts ou revenus de l'année civile précédente |
|---------------------------|--|--|---------|--|
| Compte courant | <input type="checkbox"/> Demandeur.euse | | | |
| | <input type="checkbox"/> Conjoint.e / Concubin.e Partenaire de PACS | | | |
| | <input type="checkbox"/> Compte joint | | | |
| Livrets | <input type="checkbox"/> Demandeur.euse | | | |
| | <input type="checkbox"/> Conjoint.e / Concubin.e Partenaire de PACS | | | |
| | | | | |
| Obligations, actions | <input type="checkbox"/> Demandeur.euse | | | |
| | <input type="checkbox"/> Conjoint.e / Concubin.e Partenaire de PACS | | | |
| | | | | |
| Assurance-vie | <input type="checkbox"/> Demandeur.euse | | | |
| | <input type="checkbox"/> Conjoint.e / Concubin.e Partenaire de PACS | | | |
| | | | | |
| Autres (Précisez) | <input type="checkbox"/> Demandeur.euse | | | |
| | <input type="checkbox"/> Conjoint.e / Concubin.e Partenaire de PACS | | | |
| | | | | |

Carte mobilité inclusion (C.M.I)

Bénéficiez-vous actuellement :

- d'une carte européenne de stationnement

oui non

- d'une carte d'invalidité

oui non

Si oui, souhaitez-vous :

- Le renouvellement (carte arrivant à expiration)

oui non

- Le remplacement

oui non

Si non, souhaitez-vous, sur le fondement de l'article L 243-1 du Code de l'action sociale et des familles, demander :

- une carte mobilité inclusion mention invalidité

oui non

- une carte mobilité inclusion mention stationnement pour personnes handicapées

oui non

Si vous avez coché oui et que l'équipe médico-sociale, lors de sa visite à domicile, évalue votre dépendance en GIR 1 et 2, ces cartes vous seront délivrées d'office et à titre définitif.

Déclaration sur l'honneur

Autorisez-vous le Conseil départemental à transmettre votre dossier à votre caisse de retraite (en cas de rejet de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie à domicile) oui non

Je soussigné.e, agissant en ma qualité propre / en ma qualité de représentant légal, certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis dans le cadre de la demande d'A.P.A.

A _____

Le ____/____/____

Signature :

« La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraude ou de fausses déclarations (Article L337-1 du code de la sécurité sociale, article L441-1 du code pénal) ». Les informations collectées par le Département de l'Eure directement auprès de vous, avec votre consentement, font l'objet d'un traitement manuel et automatisé ayant pour finalité la gestion des allocations personnalisées d'autonomie (APA). Vous disposez du droit de retirer votre consentement à tout moment. Les informations marquées d'un astérisque sont obligatoires et sont nécessaires pour l'attribution de l'aide. À défaut, le Département de l'Eure ne sera pas en mesure de répondre à votre demande. Ces informations sont à destination des services habilités à instruire les dossiers et, le cas échéant, aux administrations et organismes conventionnés par le Département de l'Eure au vu de leur mission spécifique. Elles seront conservées pendant deux ans après la cessation de votre droit à la prestation, ou après l'intervention d'une décision définitive en cas de contentieux. Conformément au Règlement (UE) 2016/679 relatif à la protection des données à caractère personnel, vous disposez des droits suivants sur vos données : droit d'accès, droit de rectification, droit à l'effacement (droit à l'oubli), droit d'opposition, droit à la limitation du traitement, droit à la portabilité. Vous pouvez également définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de vos données à caractère personnel après votre décès. Vous pouvez, pour des motifs tenant à votre situation particulière, vous opposer au traitement des données vous concernant. Pour exercer vos droits, merci d'adresser votre courrier au Département de l'Eure, DPO, 14 Boulevard Georges Chauvin, 27000 Evreux ou courriel cil@eure.fr. Merci de joindre la copie d'une pièce d'identité. Sous réserve d'un manquement aux dispositions ci-dessus, vous avez le droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL.

Documents à fournir obligatoirement

- ➔ Le présent dossier dûment complété et signé
- ➔ La photocopie de toutes les pages du ou des livret(s) de famille ou de la carte nationale d'identité ou d'un passeport de l'union européenne ou un extrait d'acte de naissance ou, s'il s'agit d'un demandeur de nationalité étrangère, la photocopie de la carte de résidence ou du titre de séjour en cours de validité.
- ➔ La copie intégrale et lisible des 4 pages de votre dernier avis d'imposition ou de non imposition à l'impôt sur le revenu et de votre concubin le cas échéant par une demande déposée entre janvier et aout de l'année N : fournir l'avis d'imposition ou de non-imposition de l'année N-2 ; de septembre à décembre, celui de l'année N-1.
- ➔ Un relevé d'identité bancaire ou postale au nom du bénéficiaire pour les personnes vivant à leur domicile, en résidence autonomie ou en accueil familial.
- ➔ La photocopie intégrale et lisible de toutes les pages de vos dernières taxes foncières sur toutes les propriétés bâties et sur les propriétés non bâties.
- ➔ Un relevé annuel des assurances vie.
- ➔ Tout document justifiant d'une nouvelle situation (financière, changement état civil, changement de domicile)
- ➔ La grille A.G.G.I.R. complétée par le médecin coordonnateur de l'établissement (pour l'A.P.A. en établissement)
- ➔ Le bulletin d'entrée en établissement pour les personnes nouvellement admises en EHPAD.
- ➔ Le dernier jugement de tutelle, le cas échéant.

Pièce facultative pouvant être utile au bon traitement de votre demande

- ➔ Questionnaire médical adressé sous pli confidentiel.

Notes



**DÉLÉGATION SOCIALE
DIRECTION SOLIDARITÉ AUTONOMIE**

HÔTEL DU DÉPARTEMENT

14, boulevard Georges-Chauvin
CS 72101
27021 Evreux cedex

Tél 02 32 31 96 84 Fax 02 32 33 68 00

 eureenligne.fr

   @EureenNormandie