



Hautes-Alpes
le département

Allocation personnalisée d'autonomie (APA) en établissement

N° de dossier : _____ Nom : _____
Canton : _____ Prénom : _____
Réfèrent autonomie : _____ Commune : _____

Aide en établissement

d'une personne de soixante ans ou plus

Carte mobilité inclusion

Stationnement Priorité Invalidité

ÉTAT CIVIL

	Le demandeur	Le conjoint, le concubin ou la personne avec laquelle le demandeur a conclu un Pacte civil de solidarité (PACS)
Nom d'usage		
Nom de naissance		
Prénom(s)		
Date de naissance		
Lieu de naissance		
Nationalité		
Situation de famille		
Numéro de sécurité sociale		
Intitulé du régime de retraite principale		
Si décédé, indiquer la date de décès		

Précisez si le conjoint, le concubin ou la personne avec laquelle le demandeur a conclu un PACS réside :

à domicile en structure d'hébergement

ADRESSE DU DEMANDEUR

APA EN ÉTABLISSEMENT

Adresse du domicile antérieur à toute entrée en établissement pour personnes âgées dépendantes :

Téléphone : _____

Adresse électronique : _____

Précisez s'il s'agissait :

- de votre domicile personnel
- d'un foyer-logement
- d'un accueil par un particulier à titre onéreux (famille d'accueil)

Vous résidiez à cette adresse depuis le : _____

Nom et adresse de l'établissement dans lequel vous résidez actuellement :

Date d'entrée : _____

Autre établissement fréquenté antérieurement :

Date d'entrée : _____

Date de départ : _____

ÉTAT DU PATRIMOINE DU FOYER

Déclarez-vous :

- Être propriétaire d'un ou plusieurs biens immobiliers bâtis ou non bâtis

Nature (maison d'habitation, parcelles de terre...) : **cf liste des pièces à fournir au dos du dossier**

- Être détenteur de revenus soumis à prélèvement libératoire **cf liste des pièces à fournir au dos du dossier**

- Être détenteur d'une assurance-vie **cf liste des pièces à fournir au dos du dossier**

- Être bénéficiaire d'une pension alimentaire. Si oui, indiquez la nature et la provenance de celle-ci :

En l'absence de précision cette dernière sera prise en compte dans le calcul de votre participation.

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Actuellement bénéficiez-vous :

- D'une majoration pour aide constante d'une tierce personne (MTP) ?
- D'une prise en charge des heures d'aide ménagère par votre caisse de retraite ?
- D'une allocation compensatrice pour tierce personne ?
- D'une allocation représentative des services ménagers ?

Si oui, joindre les justificatifs de la prestation versée (une des quatre ci-dessus mentionnées)

Faites-vous l'objet d'une mesure de :

- Sauvegarde de justice
- Tutelle
- Curatelle

Préciser les noms et adresses du tuteur ou de l'association chargée de votre gestion :

RÉFÉRENT personne qui s'occupe du demandeur

Nom _____

Prénom(s) _____

Adresse _____

Téléphone _____

E-mail _____

Lien avec le demandeur _____

Souhaitez-vous que les courriers soient adressés à cette personne : Oui Non

MÉDECIN TRAITANT

Nom _____

Prénom(s) _____

Adresse _____

Téléphone _____

Téléphone _____

Je soussigné(e) _____

agissant en mon nom propre ou en ma qualité de représentant

de : _____

Certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant dans ce dossier et m'engage à fournir toutes les pièces justificatives qui me seraient demandées.

SIGNATURE

Fait à : _____

Le : _____

Liste des pièces à fournir :

- Dossier de demande d'Allocation personnalisée d'autonomie complété avec soin et signé
- Relevé d'identité bancaire
- Justificatif de domicile avant l'entrée en établissement
- Photocopie de toutes les pages du dernier avis d'imposition ou de non imposition du demandeur ainsi que celui de son conjoint (pacsé, concubin)
- Photocopie du ou des derniers avis de taxe foncière pour chaque bien du demandeur et de son conjoint qui n'est pas mis en location.
- Photocopie du livret de famille ou d'une pièce d'identité.
- Certificat médical (en annexe) rempli par le médecin traitant. Obligatoire dans le cadre d'une demande CMI.
- Photocopie , le cas échéant, du bulletin de présence en établissement ou du contrat d'accueil en famille agréée.
- Photocopie du jugement de tutelle s'il y a lieu.

Où déposer votre dossier ?

Maison de l'autonomie

Service Evaluation et gestion des prestations

29 bis, Avenue du Commandant Dumont

05000 Gap

Tél : 04 86 15 31 50

Maison des solidarités

dans laquelle vous avez retiré le dossier.

Attention

Seuls les dossiers complets seront étudiés, selon les délais de procédure, fixés par les décrets d'application de la Loi du 20 juillet 2001.

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 L114-13 du Code de la Sécurité sociale :

« Est passible d'une amende de 5000 euros quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir, ou faire obtenir ou tenter de faire obtenir des prestations ou des allocations de toute nature, liquidées et versées par les organismes de protection sociale, qui ne sont pas dues, sans préjudice des peines résultant de l'application d'autres lois, le cas échéant. »

Dispositions relatives à la 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.