

Dossier de demande

d'Allocation Personnalisée d'Autonomie

A – Renseignements relatifs à la personne sollicitant l'allocation		
S'agit-il d'une demande pour le couple ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
	<input type="checkbox"/> M ^{me} <input type="checkbox"/> M.	<input type="checkbox"/> M ^{me} <input type="checkbox"/> M.
Nom	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nom de naissance	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prénom	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Date de naissance	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lieu de naissance	<input type="text"/>	<input type="text"/>
N° Sécurité Sociale (obligatoire)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Date d'arrivée en France (pour les étrangers) ①	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Situation familiale ②	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Caisse de retraite principale ③	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse du domicile du demandeur depuis le <input type="text"/>	Bât./Etage/Code : <input type="text"/>	
	N° Voie : <input type="text"/> Voie : <input type="text"/>	
	Code Postal : <input type="text"/> Commune : <input type="text"/>	
	Tél. (Obligatoire) : <input type="text"/>	
	Courriel : <input type="text"/>	
Vous êtes	<input type="checkbox"/> Locataire <input type="checkbox"/> Usufruitier <input type="checkbox"/> Propriétaire <input type="checkbox"/> Hébergé à titre gratuit Exonéré(e) de taxe foncière <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Adresse antérieure	Bât./Etage/Code : <input type="text"/>	
	N° Voie : <input type="text"/> Voie : <input type="text"/>	
	Code Postal : <input type="text"/> Commune : <input type="text"/>	
Si vous n'êtes pas actuellement à votre domicile, merci d'indiquer votre adresse	Bât./Etage/Code : <input type="text"/>	
	N° Voie : <input type="text"/> Voie : <input type="text"/>	
	Code Postal : <input type="text"/> Commune : <input type="text"/>	
	Préciser s'il s'agit de l'adresse : <input type="checkbox"/> d'un membre de votre famille <input type="checkbox"/> d'un accueil familial <input type="checkbox"/> d'une Résidence autonomie (ex-EHPA) ou d'un EHPAD	
	Etes-vous hospitalisé-e ? depuis le : <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur Nom de l'établissement : <input type="text"/>	
		N° Dossier

Faites-vous l'objet d'une mesure de protection ? (tutelle, curatelle, sauvegarde de justice)
 Oui (joindre impérativement la copie du jugement) Non en cours

Nom et adresse du tuteur	Nom :			Prénom :		
	N° Voie :			Voie :		
	Code Postal :			Commune :		
	Tél.					

Coordonnées de la personne référente (facultatif)	Nom :			Prénom :		
	Lien avec le demandeur :					
	N° Voie :			Voie :		
	Code Postal :			Commune :		
	Tél. fixe :			Tél. portable :		
	Courriel :					
Souhaitez-vous que cette personne soit l'unique destinataire de vos courriers ?						
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non						

Coordonnées du médecin traitant (facultatif)	Nom :		
	Commune :		

B – Renseignements concernant les revenus ⑥ et le patrimoine du demandeur ou du couple**1 – Allocations perçues ou aides déjà accordées ⑥**

Percevez-vous ?	Le demandeur	Conjoint-e, concubin-e, pacsé-e
L'aide ménagère attribuée par une caisse de retraite	<input type="checkbox"/> Oui Nb d'heures* <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui Nb d'heures* <input type="text"/>
L'aide ménagère au titre de l'aide sociale départementale	<input type="checkbox"/> Oui Nb d'heures* <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui Nb d'heures* <input type="text"/>
L'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
La Prestation de Compensation du Handicap (PCH)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
La Majoration pour Tierce Personne (MTP)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
La Prestation Complémentaire pour Recours à Tierce Personne (PC RTP)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

* Le nombre d'heures est à indiquer mensuellement

2 - Revenus soumis au prélèvement libératoire en application des articles 125-0 A et 125 D du code général des impôts ne figurant pas dans l'avis d'imposition ou de non-imposition à l'impôt sur le revenu

Montant à préciser pour le demandeur	<input type="text"/>	€
Montant à préciser pour le conjoint-e, concubin-e, pacsé-e	<input type="text"/>	€

3 - Patrimoine dormant à renseigner pour le demandeur, et le cas échéant, son conjoint-e, son concubin-e ou la personne avec qui il a conclu un PACS

a. Biens immobiliers (ne pas déclarer la résidence principale si celle-ci est occupée par le demandeur, son conjoint, son concubin, la personne avec qui il a conclu un pacte civil de solidarité, ses enfants ou ses petits enfants)

Nature du bien ⑦	Adresse	Préciser si le bien est loué
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

b. Patrimoine financier

La valeur de l'ensemble de vos contrats d'assurance-vie doit être déclarée (joindre tous les derniers relevés annuels de l'ensemble de vos contrats d'assurance-vie).

Valeur de vos contrats d'assurance-vie	<input type="text"/>	€
---	----------------------	---

Je soussigné(e) atteste sur l'honneur :

ne pas détenir d'autres contrats d'assurance-vie à mon nom (ou au nom de mon conjoint ou concubin ou personne avec laquelle un pacte civil de solidarité a été conclu) que celui ou ceux déclaré(s) dans le montant ci-dessus.

ne détenir aucun contrat d'assurance-vie à mon nom (ou au nom de mon conjoint ou concubin ou personne avec laquelle un pacte civil de solidarité a été conclu)

C - Demande simplifiée de la Carte Mobilité Inclusion (CMI)

Si l'APA vous est accordée au titre du Groupe Iso-Ressources (GIR) 1 ou 2, vous pouvez bénéficier de la CMI comportant les mentions « invalidité » et « stationnement pour personnes handicapées ».

Souhaitez-vous bénéficier de la carte mobilité inclusion comportant :

La mention « invalidité » prévue à l'article L.241-3 : Oui Non

La mention « stationnement pour personnes handicapées » prévue à l'article L.241-3 : Oui Non

D - Renseignements concernant vos proches aidants**Article L.113-1-3**

Est considéré comme proche aidant d'une personne âgée son conjoint, le partenaire avec qui elle a conclu un pacte civil de solidarité ou son concubin, un parent ou un allié, définis comme aidants familiaux, ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables, qui lui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne.

Nom et prénom	Adresse, téléphone et courriel	Date de naissance	Parenté avec l'aidant (ou autre)	Nature de l'aide apportée
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> démarches administratives <input type="checkbox"/> aide dans vos déplacements <input type="checkbox"/> courses <input type="checkbox"/> aides à la vie quotidienne* <input type="checkbox"/> autres
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> démarches administratives <input type="checkbox"/> aide dans vos déplacements <input type="checkbox"/> courses <input type="checkbox"/> aides à la vie quotidienne* <input type="checkbox"/> autres
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> démarches administratives <input type="checkbox"/> aide dans vos déplacements <input type="checkbox"/> courses <input type="checkbox"/> aides à la vie quotidienne* <input type="checkbox"/> autres

* aide à la toilette, habillage, repas...

Cadre réglementaire

Les informations recueillies vous concernant font l'objet d'un traitement informatique, auquel vous consentez, destiné à instruire votre demande d'allocation personnalisée d'autonomie à domicile et de contrôler le droit. Cette aide s'inscrit dans le cadre réglementaire suivant :

- Loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie
- Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement
- Règlement général de protection des données (UE 2016/679)
- Loi n°78-16 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée en 2018
- Règlement départemental d'aide sociale
- Décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel
- Délibération n° 2017-142 du 27 avril 2017 portant avis sur un projet de décret autorisant les traitements de données à caractère personnel destinés à la mise en œuvre de l'allocation personnalisée d'autonomie et de l'aide sociale à l'hébergement, par les conseils départementaux (saisine n°17005716)
- Décret n° 2017-880 du 9 mai 2017 autorisant les traitements de données à caractère personnel destinés à la mise en œuvre de l'allocation personnalisée d'autonomie et de l'aide sociale à l'hébergement
- Délibération n° 2016-319 du 13 octobre 2016 portant avis sur un projet de décret autorisant la création de traitements automatisés de données à caractère personnel relatifs à la carte « mobilité inclusion »
- Décret n° 2016-1847 du 23 décembre 2016 autorisant la création de traitements automatisés de données à caractère personnel relatifs à la carte mobilité inclusion

Les données enregistrées sont celles des formulaires liés à la demande d'APA et de CMI, ainsi que les informations librement fournies par l'usager lors de l'évaluation à domicile par le professionnel. Les données n'ont pas pour finalité une prise de décision automatisée. L'ensemble des données est obligatoire, tout défaut de réponse entraînera des retards ou l'impossibilité de traiter votre dossier.

Les données et catégories de données sont celles énumérées à l'article R. 232-41 du Code de l'Action Sociale et des Familles.

L'article R. 232-44 du CASF liste les catégories de personnes pouvant accéder aux données pour la gestion des aides. Les informations enregistrées sont destinées aux services instructeurs du Département et ne peuvent être communiquées, en cas de besoin nécessaire à l'instruction de votre situation, qu'aux destinataires dûment habilités et intervenant strictement dans le cadre de votre dossier, à savoir, en fonction de leurs missions :

- Les centres communaux d'action sociale (CCAS), les services d'aide et d'accompagnement à domicile, les établissements d'accueil de jour
- Les organismes de retraite
- Les centres locaux d'information et de coordination (CLIC)
- Les maisons du département (MdD)
- Le cas échéant, le médecin traitant, sous réserve du consentement de la personne
- L'ensemble des destinataires prévus à l'article R 232-45 du code de l'action sociale et des familles
- Les décisions sont notifiées à la personne ayant formulé la demande d'aide.
- Pour la CMI :
 - La Maison Départementale des Personnes Handicapées
 - L'imprimerie Nationale

Les données enregistrées sont conservées conformément aux prescriptions des archives départementales et à l'article R. 232-46 du code de l'action sociale et des familles.

Conformément aux articles 39 et 40 de la loi « informatique et libertés » du 06 janvier 1978 modifiée en 2018, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification aux informations qui vous concernent. Vous pouvez également définir le sort de vos données après votre décès, en vous adressant, par voie postale, au Délégué à la Protection des Données – Département des Côtes d'Armor – 9 place du Général de Gaulle – 22000 SAINT-BRIEUC. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant, sauf si ce droit a été écarté par une disposition législative.

Fraude et fausse déclaration

Toute fraude, fausse déclaration ou falsification de document, toute tentative usurpée d'un droit, expose à des sanctions pénales et financières prévues par la loi (article L. 433,19, L. 441-7, L. 313,1, L. 313,3 du Code Pénal).

Je soussigné(e), , agissant

en mon nom propre en ma qualité de représentant légal de

certifie avoir pris connaissance des dispositions réglementaires concernant l'APA et la CMI le cas échéant et certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant au présent dossier.

Fait à le Signature obligatoire

Ce dossier, une fois complété, doit être impérativement renvoyé, au moyen de l'enveloppe pré-remplie à cet effet dans le dossier, à l'adresse ci-dessous

Département des Côtes d'Armor

Direction Personnes Âgées et Personnes Handicapées

Allocation Personnalisée d'Autonomie

9 place du Général de Gaulle – CS 42371 - 22023 SAINT-BRIEUC CEDEX 1

Courriel : contact.apa@cotesdarmor.fr / Cotesdarmor.fr / Département Infos Services : 02 96 62 62 22

