

DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE (APA)

(Pour les personnes âgées de 60 ans et plus)

☐ À domicile

☐ En établissement

Nom et Prénom : _____

Cadre réservé à l'administration

Dossier familial :

Dossier complet le :

ADRESSE DU DEMANDEUR

APA À DOMICILE

Votre adresse actuelle : _____

Téléphone : _____

Mail : _____

PRECISER S'IL S'AGIT :

☐ De votre domicile personnel

Dans ce cas, êtes-vous :

☐ Propriétaire

☐ Locataire

☐ Hébergé(e) chez :

M _____

☐ D'un foyer logement

☐ D'un accueil par un particulier à titre onéreux
(accueil familial agréé par le Conseil
Départemental)

Vous résidez à cette adresse depuis le : _____

Indiquer l'adresse du domicile antérieur (si vous
avez déménagé au cours des trois derniers mois) :

APA EN ETABLISSEMENT

Adresse de l'établissement dans lequel vous résidez
actuellement : _____

Téléphone : _____

Mail : _____

Date d'entrée : _____

Autre établissement fréquenté antérieurement :

Date d'arrivée : _____

Date de départ : _____

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

Date d'arrivée : _____

Date de départ : _____

ÉTAT CIVIL

| | Le demandeur | le conjoint /concubin ou le partenaire de Pacte Civil de Solidarité (PACS) |
|------------------------------|--|--|
| Nom d'usage ou marital | | |
| Nom de naissance | | |
| Prénom(s) | | |
| Date et Lieu de naissance | | |
| Nationalité | <input type="checkbox"/> Française <input type="checkbox"/> Communauté Européenne <input type="checkbox"/> Autre nationalité | <input type="checkbox"/> Française <input type="checkbox"/> Communauté Européenne <input type="checkbox"/> Autre nationalité |
| N° de Sécurité Sociale | | |
| Régime de retraite principal | | |

En cas de veuvage, préciser la date du décès : _____

Préciser si votre conjoint(e), concubin(e) ou partenaire de Pacs réside :

☐ À votre domicile

☐ En structure d'hébergement

S'il ne réside pas à votre domicile, indiquer ses coordonnées (adresse, téléphone, mail) :

MESURE DE PROTECTION

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

☐ Oui

☐ Non

☐ En cours

Si oui, quel type ? ☐ Sauvegarde de justice

☐ Curatelle

☐ Tutelle

Nom et Prénom du représentant légal : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ Courriel : _____

PERSONNE À CONTACTER

NOM et Prénom : _____

Adresse : _____

Lien avec le demandeur : _____ Téléphone : _____

Courriel : _____

Indiquer si la personne (autre que le demandeur) souhaite être destinataire des courriers :

☐ Oui

☐ Non

AIDES EXISTANTES (À COMPLETER OBLIGATOIREMENT)

Bénéficiez- vous : (ces aides ne sont pas cumulables avec l'APA)

Majoration pour aide constante d'une tierce personne versée
par la sécurité sociale (MTP)

☐ Oui ☐ Non

Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP)

☐ Oui ☐ Non

Prestation de compensation du handicap (PCH)

☐ Oui ☐ Non

Aide ménagère au titre de l'aide sociale départementale

☐ Oui ☐ Non

Aide ménagère prise en charge par la caisse de retraite

☐ Oui ☐ Non

RESSOURCES ANNUELLES

| Indiquez les montants annuels avant abattement (si vous êtes concerné, ces éléments apparaissent sur votre avis d'imposition sur le revenu) | Le demandeur | Le conjoint ou le concubin ou le partenaire de Pacte Civil de Solidarité |
|--|--------------|--|
| Pensions, retraites, rentes, salaires | €/an | €/an |
| Revenus des locations meublés déclarés | €/an | €/an |
| Revenus professionnel non-salariés, revenus agricole | €/an | €/an |
| Revenus micro entreprise | €/an | €/an |
| Revenus fonciers nets | €/an | €/an |
| Montant des revenus soumis aux prélèvements libératoires | €/an | €/an |

PATRIMOINE DU FOYER

(Renseignements à fournir par le demandeur et, le cas échéant, par le conjoint, le concubin ou la personne avec laquelle il a conclu un PACS)

BIENS IMMOBILIERS

☐ Je déclare ne posséder aucun patrimoine immobilier

☐ Je déclare posséder les biens immobiliers suivants :

| Résidence principale | |
|----------------------|---|
| Adresse : | <input type="checkbox"/> Occupée par le conjoint, le concubin, le partenaire de PACS, un enfant ou un petit-enfant <input type="checkbox"/> Bien occupé par un tiers <input type="checkbox"/> Libre <input type="checkbox"/> Si ce bien est en indivision indiquer votre quote-part : _____ |

| Autres biens immobiliers bâtis ou non bâtis | | | | |
|---|---------|---|---|--|
| (En cas de biens supplémentaires, fournir les renseignements correspondants sur papier libre) | | | | |
| Nature du bien | Adresse | Valeur locative (donner le montant «base» figurant sur la taxe foncière) | En location (indiquer oui ou non) | Quote-part pour les biens en indivision |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

BIENS MOBILIERS ET CAPITAUX NON PLACÉS

Précision : les indications sur votre patrimoine vous sont demandées uniquement pour évaluer vos ressources.

☐ Je déclare ne pas posséder de biens mobiliers, ni capitaux placés

☐ Je déclare posséder les biens mobiliers et les capitaux non placés suivants :

| Nature | Organisme bancaire ou postal | Montant du capital |
|-------------------------------------|------------------------------|--------------------|
| Valeur des contrats d'assurance vie | | |
| Biens mobiliers | | |
| Œuvres d'art/objets de valeur | | |

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES (HORS INFORMATIONS MEDICALES) :

J'ATTESTE SUR L'HONNEUR QUE :

- les renseignements portés sur ce document sont exacts,
- je m'engage à informer le Conseil départemental concerné de toute modification de ma situation ainsi que celle des personnes vivant au foyer et à faciliter toute enquête,
- j'accepte, dans le cadre d'une demande qui nécessite une coordination éventuelle avec d'autres financeurs, que les éléments de ce dossier soient communiqués aux gestionnaires de ces prestations.

LU ET APPROUVÉ, le _____

Signature du demandeur ou de son représentant légal
(Nom – Prénom en toutes lettres)

Le dossier de demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie sera déclaré complet à condition d'être dûment complété, daté et signé et que les justificatifs demandés soient joints à la demande.

CONFORMEMENT A LA LOI «INFORMATIQUE ET LIBERTES» DU 6 JANVIER 1978 : Les renseignements portés sur ce formulaire font l'objet d'un traitement informatique. Vous pouvez obtenir communication de ces informations et, le cas échéant, obtenir leur rectification, sur présentation d'une pièce d'identité, en vous adressant au service où vous avez déposé votre demande ou directement au Conseil départemental du Loiret – Maison Départementale de l'autonomie 15 rue Claude Lewy 45100 Orléans.

ENVOI DU DOSSIER AVEC LES JUSTIFICATIFS

Pour les personnes résidant à domicile dans le Loiret, le dossier est à envoyer au Conseil départemental du Loiret, Maison Départementale de l'Autonomie 45945 Orléans ou à déposer à la Maison Départementale de l'Autonomie au 15 rue Claude Léwy 45100 Orléans

Pour les personnes accueillies en établissement (E.H.P.A.D., maison de retraite, foyer logement,...) ou en famille d'accueil agréée, qui, avant leur entrée, étaient domiciliées depuis plus de 3 mois :

Dans un autre département que le Loiret : le dossier est à envoyer directement au Conseil départemental de ce département

Dans le département du Loiret : le dossier est à envoyer au Conseil départemental du Loiret, Maison Départementale de l'Autonomie 45945 Orléans ou à déposer à la Maison Départementale de l'Autonomie au 15 rue Claude Léwy 45100 Orléans

LES PIECES OBLIGATOIRES

- ☐ Copie recto-verso de la carte nationale d'identité ou du titre de séjour en cours de validité ou du passeport de la Communauté Européenne
- ☐ Copie du dernier avis d'impôt sur les revenus du demandeur (toutes les pages) et le cas échéant de son conjoint, de son concubin ou de son partenaire de Pacs ou celui sur lequel le demandeur figure à charge
- ☐ Pour les propriétaires, copie de l'avis de la taxe foncière (toutes les pages) concernant chaque propriété bâtie ou non bâtie
- ☐ Relevé d'Identité Bancaire/IBAN aux NOM et prénom du demandeur

LES PIECES COMPLEMENTAIRES

- ☐ Copie du jugement de mesure protection juridique
- ☐ Certificat médical (facultatif) complété par le médecin traitant et joint au dossier sous pli cacheté
- ☐ Justificatif de domicile datant de moins de trois mois avant l'entrée en établissement

Pour une demande **d'APA en établissement**, documents à fournir par la structure d'accueil :

- ☐ Attestation de présence précisant la date d'entrée du demandeur
- ☐ Relevé d'Identité Bancaire et Numéro SIRET de l'établissement
- ☐ Arrêté tarifaire
- ☐ Grille AGGIR