

# DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE (APA) EN ETABLISSEMENT

Ce dossier permet de formuler une demande d'aide permettant de financer le tarif dépendance en vigueur dans votre établissement d'accueil. Selon vos revenus, une participation financière peut être laissée à votre charge. Seules les personnes âgées de 60 ans et plus, accueillies dans un établissement hors Loiret doivent déposer une demande d'APA en établissement. Les établissements du Loiret recevant une dotation globale annuelle, leurs résidents loirétains n'ont pas à formuler de demande.

## 1/9 LA SITUATION DU DEMANDEUR ET DE SON CONJOINT

	LE DEMANDEUR	CONJOINT / CONCUBIN / PARTENAIRE DE PACS
Situation familiale du demandeur	<input type="checkbox"/> Marié, pacsé, en concubinage <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Divorcé ou séparé <input type="checkbox"/> Veuf	<i>Si le demandeur est célibataire, divorcé, séparé ou veuf, veuillez ne pas remplir cette colonne</i>
Sexe	<input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Homme	<input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Homme
Nom d'usage		
Nom de naissance		
Prénom(s)		
Date de naissance	__ / __ / ____	__ / __ / ____
Ville de naissance		
Département de naissance		
Pays de naissance		
Lieu de naissance		
N° de sécurité sociale (15 chiffres)	□□□□□□□□□□□□□□□□	□□□□□□□□□□□□□□□□
Caisse de retraite principale		

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 : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

## 2/9 LES COORDONNEES DU DEMANDEUR

Ces informations seront utilisées pour identifier le Département compétent

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

N° de téléphone : \_\_\_\_\_ Adresse e-mail : \_\_\_\_\_

Le demandeur réside-t-il depuis plus de 3 mois à cette adresse :  oui  non

**Si la réponse est « non », renseigner les champs ci-dessous concernant la résidence précédente du demandeur**

Adresse précédente du demandeur : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

## 3/9 LES MESURES DE PROTECTION

Si le demandeur fait l'objet d'une mesure de protection, renseigner les éléments ci-après et joindre obligatoirement la photocopie du jugement de la mesure

**Le demandeur fait-il l'objet d'une mesure de protection ?**

- Oui, la demande a été prononcée  
 Non, la demande est en cours  
 Non

**Si la réponse est « oui », préciser de quelle mesure il s'agit :**

- Sauvegarde de justice  Tutelle  
 Curatelle simple  Habilitation familiale  
 Curatelle renforcée  Mandat de protection future « activé »

**LE MANDATAIRE OU L'ORGANISME DE PROTECTION JURIDIQUE**

Nom de l'organisme : \_\_\_\_\_

Civilité du mandataire :  Madame  Monsieur

Nom et Prénom du mandataire : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

## 4/9 LA PERSONNE PROCHE A CONTACTER

Cette rubrique a vocation à identifier la personne qui aide le demandeur dans ses démarches administratives. Cette personne sera contactée, le cas échéant, pour toute question administrative sur le dossier.

Avant d'indiquer les coordonnées de la personne, celle-ci doit avoir donné son accord pour que ses informations figurent dans ce formulaire.

Civilité :  Madame  Monsieur

Nom et Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Lien avec le demandeur :

Conjoint  Enfant  Ami  Voisin  Autre : \_\_\_\_\_

## 5/9 LES PRESTATIONS DE SOUTIEN A L'AUTONOMIE DU DEMANDEUR

**Le demandeur perçoit-il une ou plusieurs des prestations listées ci-dessous ?**

Attention : ces aides ne sont pas cumulables avec l'APA

**A compléter obligatoirement**

Prestation complémentaire pour recours à tierce personne (PC RTP) <i>Un dossier peut toutefois être déposé pour pouvoir ensuite choisir entre celle qui convient le mieux</i>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Majoration pour aide constante d'une tierce personne (MTP)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Prestation de compensation du handicap (PCH)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Aide-ménagère au titre de l'aide sociale départementale	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Aide-ménagère prise en charge par une caisse de retraite	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

## 6/9 LES RESSOURCES ET LE PATRIMOINE DU DEMANDEUR

En fonction de la situation du demandeur, une participation financière pourra être laissée à sa charge. Son montant sera fixé en prenant en compte les ressources du demandeur et celles de son conjoint, concubin ou partenaire de PACS (sur la base des revenus figurant sur le dernier avis d'imposition) et de certains éléments de patrimoine, à déclarer dans cette rubrique.

***L'Allocation personnalisée d'autonomie n'est pas récupérable sur succession.***

Si le demandeur est propriétaire de biens immobiliers (maison, appartement, terrain) qui ne sont pas mis en location, joindre une photocopie du dernier avis de taxe foncière correspondant à chacun de ces biens.

Adresse de la résidence principale du demandeur : \_\_\_\_\_

Statut :

- Bien occupé par le conjoint, le concubin, le partenaire de PACS, un enfant ou un petit-enfant  
 Bien loué

Autres biens immobiliers

ADRESSE	EN LOCATION
	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Si le demandeur et/ou son conjoint, concubin, partenaire de PACS possède des biens mobiliers et des capitaux non placés de valeur, les déclarer dans le tableau suivant en précisant leur montant ou leur valeur estimée. (exemples : œuvres d'art de collection, voitures de luxe ...)

Joindre si nécessaire une liste complémentaire sur papier libre

NATURE	MONTANT / VALEUR ESTIMEE
	€
	€
	€

## 7/9 LA CARTE MOBILITE INCLUSION (CMI)

La carte mobilité inclusion est accordée sur demande et en fonction du degré d'autonomie évalué par un professionnel. Elle donne des avantages, notamment pour faciliter les déplacements. Elle peut être accordée aux bénéficiaires de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA).

Pour plus d'informations sur la carte mobilité inclusion (CMI), se référer à la notice jointe à ce formulaire.

Le demandeur souhaite-t-il une CMI mention Stationnement ?  oui  non

Le demandeur souhaite-t-il une CMI mention Priorité ou Invalidité ?  oui  non

Le demandeur souhaite-t-il renouveler sa carte d'invalidité, de priorité ou de stationnement  oui  non

## 8/9 L'ETABLISSEMENT D'ACCUEIL

**Nom de l'établissement dans lequel vous résidez actuellement :**

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

Date d'entrée : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_\_

**Autre établissement fréquenté antérieurement :**

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

Date d'arrivée : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_\_

Date de départ \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_\_

## 9/9 LA SIGNATURE DU DEMANDEUR OU DE SON REPRESENTANT

Je soussigné(e) :  Madame  Monsieur

Nom et Prénom : \_\_\_\_\_

Agissant :  En mon nom propre  
 En qualité de représentant légal de : \_\_\_\_\_

certifie exacts et complets les renseignements fournis dans le cadre de cette demande. Je m'engage à déclarer toute évolution de ma situation. Je suis informé que toute fausse déclaration ou falsification de document, toute obtention usurpée d'un droit m'exposerait à des sanctions pénales et financières prévues par la loi. Je donne mon consentement pour que ces données fassent l'objet d'un traitement informatique\*.

Fait à : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_

Signature :

\*Le traitement des informations recueillies sur ce formulaire est nécessaire à l'accompagnement et au suivi social des personnes âgées en perte d'autonomie, en établissement. Les personnes accédant à ces données sont les agents habilités au sein des Départements ainsi que les professionnels qui participent à la prise en charge du parcours de la personne âgée ou qui accompagnent la personne âgée (professionnels de santé, professionnels œuvrant dans le champ du social et du médico-social). L'organisme gestionnaire de l'aide demandée peut également être amené à échanger des informations relatives à votre situation avec d'autres organismes, notamment l'administration fiscale, les organismes de sécurité sociale versant des prestations analogues, les collectivités territoriales et les organismes de recouvrement des cotisations sociales. Les données sont conservées pour une durée maximale de six ans, à compter de la cessation des droits. Conformément au droit à la protection des données, vous disposez de droits sur vos données personnelles (droit d'accès, de rectification, d'opposition et à la limitation) que vous pouvez exercer auprès du délégué à la protection des données (DPO) de l'organisme gestionnaire de l'aide demandée, dont vous trouverez les coordonnées sur le site dudit organisme. Si vous estimez que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL : Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) – 3, Place de Fontenoy TSA – 80715 – 75334 PARIS CEDEX07

## LES PIÈCES À FOURNIR

### Documents à fournir par le demandeur :

- Un justificatif d'identité (copie recto-verso de la Carte nationale d'identité française ou d'un pays membres de la Communauté européenne ou passeport ou livret de famille ou titre du titre de séjour en cours de validité)
- La photocopie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition à l'impôt sur le revenu (toutes les pages) ainsi que celui du conjoint, concubin ou partenaire de Pacs ou celui sur lequel le demandeur figure à charge
- Justificatif de domicile datant de moins de 3 mois avant l'entrée en établissement

Si le demandeur est concerné :

- La photocopie du jugement de mesure de protection juridique
- La photocopie du dernier avis de la taxe foncière (toutes les pages) concernant chaque propriété bâtie ou non bâtie non louée

### Documents à fournir par la structure d'accueil :

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

## ADRESSE D'ENVOI

**Les personnes accueillies en établissement** (EHPAD ou résidence autonomie) 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 à :

DEPARTEMENT DU LOIRET  
Maison départementale de l'autonomie  
45945 ORLEANS

ou à déposer à la

MAISON DEPARTEMENTALE DE L'AUTONOMIE  
15 rue Claude Léwy  
45100 ORLEANS

ou à envoyer par mail à

[mda.personnesagees@loiret.fr](mailto:mda.personnesagees@loiret.fr)

# NOTICE D'INFORMATION

## LA CARTE MOBILITÉ INCLUSION (CMI)

Les professionnels peuvent, au cours de l'évaluation, étudier le droit du demandeur à une carte mobilité inclusion. Pour cela, il faut en faire la demande dans le formulaire. La carte mobilité inclusion donne des avantages aux personnes en situation de handicap et aux personnes âgées notamment pour faciliter leurs déplacements. Il existe trois mentions de cette carte

Mention stationnement	Mention priorité	Mention invalidité
Que le porteur de la CMI soit conducteur ou passager : Utilisation gratuite et sans limitation de durée de toutes les places de stationnement en accès libre (places pour personnes handicapées et tout public).	Place assise prioritaire dans les transports en commun, les salles d'attente ainsi que dans les établissements et les manifestations accueillant du public.	Avantages de la CMI mention priorité : + Réductions dans les transports, + Une demi-part supplémentaire pour le calcul de l'impôt sur le revenu (soumis à conditions).

## LES VOIES DE RECOURS

Si vous n'êtes pas d'accord avec la décision, vous devez dans un premier temps faire un recours administratif préalable obligatoire (RAPO). Vous adressez un courrier, par voie postale ou à l'accueil de votre Département, en expliquant les raisons de votre désaccord avec la décision. Vous devez joindre à ce courrier celui vous informant de la décision, et vous pouvez y ajouter des pièces complémentaires si vous le jugez nécessaire. Le Président du Conseil départemental a 2 mois pour vous répondre après réception de votre courrier. Si vous n'êtes toujours pas d'accord avec la décision après votre recours, vous pouvez contester cette décision auprès du Tribunal administratif.

## LIENS COMPLEMENTAIRES

Pour en savoir plus sur les dispositifs concernés par cette demande :

le site du département du demandeur <https://www.loiret.fr/>

le portail national d'information pour l'autonomie des personnes âgées et l'accompagnement de leurs proches : <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-dans-un-ehpad/aides-financieres-en-ehpad/lapa-en-etablissement>