

**DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE (APA)**

**À DOMICILE**

d'une personne âgée de plus de 60 ans résidant à son domicile  
ou accueillie en résidence autonomie

NOM et Prénom du bénéficiaire : \_\_\_\_\_

**ADRESSE DU DEMANDEUR**

**Adresse actuelle :**

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

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

Préciser s'il s'agit :

de votre domicile personnel

Si oui, êtes-vous :  propriétaire  
 locataire  
 hébergé(e)

d'une résidence autonomie (ex foyer-logement)

d'un accueil par un particulier à titre onéreux (famille d'accueil)

Vous résidez à cette adresse :  depuis plus de 3 mois  
 depuis moins de 3 mois      Date d'arrivée : \_\_\_\_\_

Si cela fait moins de 3 mois que vous résidez à cette adresse, merci d'indiquer celle de votre domicile antérieur :

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

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

**Cadres réservés à l'administration**

Date d'arrivée au service	Dossier complet le :	N° du dossier :

## ÉTAT CIVIL

	Le demandeur	Le conjoint ou 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 et lieu de naissance		
Nationalité		
Situation de famille	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Vie maritale <input type="checkbox"/> PACS <input type="checkbox"/> Veuf depuis le..... <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Séparé	
N° de Sécurité sociale		
Préciser si le conjoint, ou le concubin ou la personne avec laquelle le demandeur a conclu un PACS réside : <input type="checkbox"/> à domicile <input type="checkbox"/> en structure d'hébergement		

## MESURE DE PROTECTION

Faites-vous l'objet d'une mesure de protection :     Oui     Non     En cours

Si oui, de quel type ? :     Sauvegarde de justice     Curatelle     Tutelle  
                                   Habilitation familiale     Mandat de protection future

Attention : joindre impérativement une copie du jugement

Nom et adresse du représentant légal (tuteur ou curateur ou organisme chargé de la gestion de la mesure):

\_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

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

## PERSONNE RÉFÉRENTE

(personne qui rencontre très régulièrement le demandeur)

NOM et Prénom : \_\_\_\_\_

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

Lien avec le demandeur : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PROCHES AIDANTS DU DEMANDEUR

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, qu'on dénommera « aidants » dans ce qui suit.

*Son remplissage est facultatif.*

	Aidant 1	Aidant 2	Aidant 3
Nom			
Prénom			
Age			
Adresse			
Nature du lien			
Nature de l'aide apportée <i>(accompagnement à l'extérieur de votre domicile, courses...)</i>			
Durée et périodicité <i>(selon ce qui vous paraît le plus pertinent)</i>	<input type="checkbox"/> Une journée <input type="checkbox"/> Une semaine <input type="checkbox"/> Un mois <input type="checkbox"/> Autre : .....	<input type="checkbox"/> Une journée <input type="checkbox"/> Une semaine <input type="checkbox"/> Un mois <input type="checkbox"/> Autre : .....	<input type="checkbox"/> Une journée <input type="checkbox"/> Une semaine <input type="checkbox"/> Un mois <input type="checkbox"/> Autre : .....

### AIDEXISTANTES

(fournir la photocopie de la décision d'attribution)

Bénéficiez-vous :

- |   |                                    |                              |                              |
|---|------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| - d'une aide ménagère à domicile prise en charge par :  | - une caisse de retraite :         | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
|   | .- l'aide sociale départementale : | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| - de la prestation de compensation du handicap :  |                                    | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| - de l'allocation compensatrice pour tierce personne :  |                                    | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| - de la majoration pour aide constante d'une tierce personne versée par la Sécurité sociale : |                                    | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| - de la prestation complémentaire pour recours à tierce personne :                            |                                    | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |

**Attention : l'APA n'est pas cumulable avec les aides citées ci-dessus.**

- 
- |  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| Bénéficiez-vous de l'aide sociale à l'hébergement ?  | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Si vous avez répondu NON, précisez si vous avez déposé conjointement à la présente demande un dossier d'aide sociale à l'hébergement : | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |

**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)

**RESSOURCES ANNUELLES DU FOYER**

Merci de bien vouloir fournir la copie intégrale de l’avis d’imposition du couple ou de chaque conjoint en cas de vie maritale ou de pacs ou encore les 2 avis d’imposition en cas de situation partielle.

**BIENS IMMOBILIERS DU FOYER**

(À compléter si vous êtes propriétaire, propriétaire indivis ou usufruitier d’un ou de plusieurs 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, la personne avec laquelle le demandeur a conclu un 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 : ..... <input type="checkbox"/> vendu le : .....

Autres biens immobiliers bâtis ou non bâtis				
Nature du bien	Adresse	En location (indiquer oui ou non)	Quote part pour les biens en indivision	Bien vendu le (indiquer la date)

Déterminez-vous des parts dans une SCPI produisant des revenus fonciers  OUI  NON

En cas de biens supplémentaires, fournir les renseignements correspondants sur une feuille libre.

**CONTRATS D’ASSURANCE VIE DU FOYER**

Je déclare que mon foyer ne détient pas de contrats d’assurance vie souscrits dans un établissement bancaire ou une compagnie d’assurance

Je déclare que mon foyer détient le(s) contrat(s) d’assurance vie souscrit(s) dans un établissement bancaire ou une compagnie d’assurance suivantes :

	Nom de l’organisme	N° de contrat	Date du dernier relevé	Montant du capital
Bénéficiaire				
Conjoint, concubin ou partenaire de pacs				

En cas de contrats supplémentaires, fournir les renseignements correspondants sur une feuille libre.

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ agissant en mon nom propre/en ma qualité de représentant légal\* désigné par le juge des tutelles certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant dans ce dossier de demande d'APA.

Je suis tenu(e) d'informer, dans les meilleurs délais, le Département des Hauts-de-Seine, de tout changement ultérieur de situation.

Je m'engage à fournir toutes les pièces justificatives demandées.

Je suis informé(e) que toute fausse déclaration ou falsification de document, toute obtention usurpée d'un droit, m'expose à des sanctions pénales et financières en application des articles 313-1, 313-7 et 313-8 du Code pénal, ainsi que, le cas échéant, à la récupération par le Département des sommes indûment perçues.

En cas de rejet de ma demande, j'autorise le Conseil départemental des Hauts-de-Seine à transmettre mon dossier aux caisses de retraite :  OUI  NON

J'autorise le Conseil départemental des Hauts-de-Seine à transmettre des informations aux services concernés de ma commune (CCAS et CLIC) :  OUI  NON

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20 \_\_\_\_

**Signature du demandeur**  
ou de son représentant legal

\* Rayer la mention inutile

**Le dossier de demande d'Allocation personnalisée d'autonomie sera déclaré complet à condition que celui-ci soit dûment complété, daté et signé et que les justificatifs obligatoires cités ci-dessous soient joints à la demande.**

#### PIÈCES OBLIGATOIRES

- Pour les personnes de nationalité française : la photocopie intégrale de la carte nationale d'identité ou du passeport ou d'un extrait d'acte de naissance
- Pour les personnes étrangères ressortissantes de l'Espace Economique Européen : la photocopie intégrale de la carte nationale d'identité ou du passeport en cours de validité
- Pour les personnes étrangères non ressortissantes de l'Espace Economique Européen : la photocopie intégrale de la carte de résidence ou du titre de séjour en cours de validité
- La photocopie intégrale du dernier avis d'imposition ou de non imposition à l'impôt sur le revenu (les 2 feuilles recto-verso) du demandeur et de son conjoint ou de son concubin ou de la personne avec laquelle il a conclu un PACS :  
Si la demande est déposée entre janvier et août de l'année en cours N, il s'agit de l'avis d'imposition de l'année N-1  
Si la demande est déposée entre septembre et décembre de l'année en cours N, il s'agit de l'avis d'imposition de l'année N
- Un relevé d'identité bancaire aux **nom et prénom du demandeur** précisant les codes IBAN/BIC
- La photocopie intégrale (à l'exception des notices explicatives) du dernier relevé de la taxe foncière pour chaque propriété bâtie ou non bâtie, si le demandeur est propriétaire, usufruitier ou propriétaire indivis
- La photocopie du/des dernier(s) relevé(s) annuel(s) d'assurance vie souscrit(s) par le demandeur et son conjoint, ou concubin ou la personne avec laquelle il a conclu un PACS

#### PIÈCES COMPLÉMENTAIRES

- Le certificat médical spécifique à l'allocation personnalisée d'autonomie, complété par le médecin traitant (à mettre sous enveloppe)
- La photocopie du jugement concernant la protection juridique

**Ce dossier doit être adressé à :**

**CONSEIL DEPARTEMENTAL DES HAUTS-DE-SEINE**  
**Direction de l'Autonomie**  
**92731 Nanterre Cedex**

#### **Dispositions relatives à la loi « informatique et libertés »**

Les traitements de l'aide sociale départementale sont informatisés. Ils sont donc soumis aux dispositions de la loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978 qui protège les droits et libertés individuels. Conformément à l'article 27 de cette loi, les personnes auprès desquelles sont recueillies des informations nominatives sont informées que :

1. Toutes les réponses aux différents questionnaires sont obligatoires : un défaut de réponse entraînera des retards ou une impossibilité dans l'instruction du dossier.
2. Les destinataires des informations collectées sont exclusivement des administrations et organismes habilités à connaître des dossiers de l'aide sociale en application des articles L.133-5, L.221-7 ou L.221-8 du Code de l'action sociale et des familles
3. En tout état de cause, les personnes concernées ont un droit d'accès et de rectification sur les informations nominatives stockées ou traitées informatiquement. Pour exercer ce droit, vous devez vous adresser, en justifiant de votre identité, à la Direction de l'Autonomie - Service des Prestations aux personnes âgées - 92731 Nanterre Cedex