



Le Département à votre service

DIRECTION DE LA PRÉVENTION ET DU DÉVELOPPEMENT SOCIAL - Maison Départementale de la Solidarité
Centre Colbert - Bâtiment E - 4 rue Eugène Rolland - BP 601 - 36020 Châteauroux cedex



Service Aide & Action Sociales
Tél : 02 54 08 38 81 / 02 54 08 38 82
DPDS-APA@indre.fr

APA 36 Allocation Demande d' Personnalisée d'Autonomie

date de la demande : _____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DEMANDEUR*

Nom :
(nom de jeune fille et nom marital pour les femmes)

Prénom :

Date et lieu de naissance :

N° de sécurité sociale :

Nationalité :
(française / ressortissant de l'Union européenne / autre)

Situation de famille :
(marié, divorcé, veuf, concubin, pacs, célibataire)

Êtes-vous retraité ? oui non

Précisez le régime de retraite principale :
.....

Mentionnez, le cas échéant, l'existence d'une mesure de protection juridique :

Sauvegarde en justice tutelle curatelle mandat spécial

Nom et adresse du tuteur ou de l'association chargée de la mesure (joindre le jugement) :
.....
.....
.....
.....

*demandeur est la personne susceptible de bénéficier de l'APA s'il remplit les conditions d'attribution de l'allocation

**RENSEIGNEMENTS concernant le CONJOINT,
le CONCUBIN ou la PERSONNE AVEC LAQUELLE LE DEMANDEUR
A CONCLU UN PACS (Pacte Civil de Solidarité)**

Nom :
(nom de jeune fille et nom marital pour les femmes)

Prénom :

Date et lieu de naissance :

N° de sécurité sociale :

Est-il en activité ?

Est-il retraité ? oui non

Précisez le régime de retraite principale :
.....

Lieu de résidence actuelle du demandeur :
.....

Lieu de résidence actuelle de son conjoint si différente de la précédente :
.....

Le conjoint est-il hébergé en établissement ? oui non

Si oui : Lequel ?

Si le conjoint ou le concubin est décédé précisez la date du décès :
.....

S'IL S'AGIT D'UNE DEMANDE d'APA A DOMICILE

Adresse :

.....

..... Tél :

Depuis quelle date êtes-vous à cette adresse :

Précisez s'il s'agit :

- du domicile personnel
- du domicile d'un tiers
- du domicile d'un particulier accueillant à titre onéreux
- d'une résidence autonomie (ex foyer logement ou ex MARPA)
- d'une résidence service

Adresse précédente :

.....

Période : du au

Êtes-vous propriétaire (principal) ? oui non
(Joindre la copie de la Taxe Foncière) bâti non bâti

Êtes-vous locataire ? oui non

S'IL S'AGIT D'UNE DEMANDE d'APA EN ETABLISSEMENT POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES

Adresse (de l'établissement) :

.....

..... Date d'entrée :

Adresse avant l'entrée en établissement :

.....

Période : du au

Précisez s'il s'agit :

- du domicile personnel
- du domicile d'un tiers
- du domicile d'un particulier accueillant à titre onéreux
- d'une résidence autonomie (ex foyer logement ou ex MARPA)
- d'une résidence service

Avez-vous déposé une demande d'Aide Sociale pour cet hébergement en établissement : oui non

Êtes-vous propriétaire (principal) ? oui non
 bâti non bâti

Êtes-vous locataire ? oui non

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES REVENUS ET LE PATRIMOINE DU DEMANDEUR (joindre les justificatifs)

1- RESSOURCES NE FIGURANT PAS DANS L'AVIS D'IMPOSITION OU DE NON IMPOSITION à L'IMPÔT SUR LE REVENU

Revenus soumis au prélèvement libératoire en application des articles 125-0 A et 125 D du Code Général des Impôts

Montant à préciser pour le demandeur : €

Montant à préciser pour son conjoint, son concubin ou la personne avec laquelle il a conclu un pacte civil de solidarité :
..... €

2- ALLOCATIONS

Bénéficiez-vous :

- d'une Prestation de Compensation du Handicap (P.C.H.) ? oui non

- d'une majoration pour aide constante d'une Tierce personne (MTP) ? oui non

si oui, nom et adresse de l'organisme :

- d'une Prestation Complémentaire pour Recours à Tierce Personne (PCRTP) ? oui non

- d'une Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP) ? oui non

- d'une prise en charge d'heure d'aide ménagère versée par les caisses de retraite ? oui non

si oui, nom et adresse de la caisse et le n° de pension :

- d'une prise en charge d'heure d'aide ménagère au titre de l'aide sociale départementale ? oui non

ATTENTION : Aucune de ces prestations n'est cumulable avec l'allocation personnalisée d'autonomie

3- PATRIMOINE DORMANT

à renseigner pour le demandeur, et le cas échéant, son conjoint, son concubin ou la personne avec laquelle il a conclu un pacte civil de solidarité :

> BIENS IMMOBILIERS (sauf résidence principale)

Nature du ou des biens :

Adresse :

Valeur locative (indiquée dans le dernier relevé de la Taxe Foncière sur les propriétés bâties et non bâties)
(à joindre)

> BIENS MOBILIERS ET CAPITALS PLACES (dont assurance(s) vie) : joindre les justificatifs

AUTORISATION DE TRANSMISSION

par le conseil départemental du dossier aux caisses de retraites
(seulement en cas de rejet d'allocation personnalisée d'autonomie)

oui non

DEMANDE DE CARTE DE MOBILITÉ INCLUSION

(Selon l'article 107 de la Loi N° 2016-1321 du 7 octobre 2016)

Nom : Prénom :

Date et lieu de naissance :

A/ Si vous bénéficiez de l'allocation personnalisée d'autonomie au titre du GIR 1 ou 2, vous pouvez bénéficier sans autre condition et à titre définitif de la carte mobilité inclusion (CMI) prévue à l'article L. 241-3 du code de l'action sociale et des familles 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**

- Si oui :**
- s'agit-il d'une demande de renouvellement des droits (carte arrivant à expiration) : **oui** **non**
 - s'agit-il d'une demande de remplacement d'une carte d'invalidité délivrée pour une durée définitive : **oui** **non**

» Souhaitez-vous bénéficier de la carte mobilité inclusion comportant la mention «stationnement pour personnes handicapées» prévue à l'article L. 241-3 : **oui** **non**

- Si oui :**
- s'agit-il d'une demande de renouvellement des droits (carte arrivant à expiration) : **oui** **non**
 - s'agit-il d'une demande de remplacement d'une carte européenne de stationnement délivrée pour une durée définitive : **oui** **non**

B/ Si vous bénéficiez de l'allocation personnalisée d'autonomie au titre du GIR 3 ou 4, le Département transmettra cette demande à la MDPH pour apprécier si votre situation justifie l'attribution de la mention «priorité» et/ou de la mention «stationnement pour personnes handicapées» de la CMI*.

» Souhaitez-vous bénéficier de la carte mobilité inclusion comportant la mention «priorité» prévue à l'article L. 241-3 : **oui** **non**

- Si oui :** - s'agit-il d'une demande de renouvellement des droits : **oui** **non**

» Souhaitez-vous bénéficier de la carte mobilité inclusion comportant la mention «stationnement pour personnes handicapées» prévue à l'article L. 241-3 : **oui** **non**

- Si oui :** - s'agit-il d'une demande de renouvellement des droits : **oui** **non**

* La demande sera accompagnée d'un certificat médical, III de l'article L.241-3

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PROCHES AIDANTS non professionnels 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 votre voisinage qui vous apportent une aide dans la vie quotidienne, qu'on dénommera "aidants".

NOM et Prénom de votre ou de vos aidants :

Age de votre ou de vos aidants :

Lieu de résidence de votre ou de vos aidants :

Nature de votre lien avec votre ou vos aidants :

Nature de l'aide apportée (par exemple : accompagnement dans les déplacements à l'extérieur de votre domicile, courses...)

Durée et périodicité approximatives de cette aide pour une journée, une semaine ou un mois (selon ce qui vous paraît le plus pertinent) :

NOM et Prénom de votre ou de vos aidants :

Age de votre ou de vos aidants :

Lieu de résidence de votre ou de vos aidants :

Nature de votre lien avec votre ou vos aidants :

Nature de l'aide apportée (par exemple : accompagnement dans les déplacements à l'extérieur de votre domicile, courses...)

Durée et périodicité approximatives de cette aide pour une journée, une semaine ou un mois (selon ce qui vous paraît le plus pertinent) :

NOM et Prénom de votre ou de vos aidants :

Age de votre ou de vos aidants :

Lieu de résidence de votre ou de vos aidants :

Nature de votre lien avec votre ou vos aidants :

Nature de l'aide apportée (par exemple : accompagnement dans les déplacements à l'extérieur de votre domicile, courses...)

Durée et périodicité approximatives de cette aide pour une journée, une semaine ou un mois (selon ce qui vous paraît le plus pertinent) :

PERSONNE REFERENTE À CONTACTER

pour la visite de l'évaluation à domicile ou en cas d'urgence (enfant, parent, autre.....)

Nom :

Prénom :

Téléphone (fixe) : Téléphone (portable) :

Adresse mail :

Adresse :

Lien avec le demandeur :

Je soussigné(e).....

agissant en mon nom propre

en ma qualité de représentant désigné par jugement

certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus qui sont fournis dans le cadre de cette demande (Article L135-1 du code de l'Action Sociale et des Familles «le fait de percevoir frauduleusement ou de tenter de percevoir frauduleusement des prestations au titre de l'Aide Sociale est puni de peines prévues par les articles 313-1, 313-7 et 318-8 du code pénal» fiche 16 du RDAS).

A, le

Signature

LISTE DES PIÈCES JUSTIFICATIVES À JOINDRE impérativement au dossier de demande

- photocopie du **livret de famille** ou de la **carte d'identité** ou d'un **passport de la Communauté Européenne** ou un **extrait d'acte de naissance** ; ou, s'il s'agit d'un demandeur de nationalité étrangère non ressortissant d'un des Etats membres de l'Union Européenne, la **photocopie** de la **carte de résidence** ou du **titre de séjour** ;
- photocopie recto verso de votre **dernier avis d'imposition** ou de **non imposition à l'impôt sur le revenu**, et celui de votre concubin(e) le cas échéant ;
- toutes les pièces justificatives **des biens et capitaux** relevant **du patrimoine dormant** (photocopie du dernier relevé des taxes foncières sur les propriétés bâties et non bâties, relevé annuel d'assurance vie...);
- photocopie de **la taxe foncière sur la propriété principale** ;
- *n'a pas de taxe foncière (à cocher si vous n'avez aucun bien immobilier) ;*
- **relevé d'identité bancaire** ou **postal** au nom du demandeur ;
- **certificat médical** ;
- photocopie de **la mesure de protection juridique en cours de validité** ;

Liste des pièces justificatives complémentaires à joindre au dossier de demande

- **relevé de l'avis de l'impôt** sur la fortune ;
- **dans le cas d'une demande d'aide en établissement**, la grille **AGGIR** à faire compléter par le médecin coordonnateur de l'établissement et un **bulletin précisant la date d'entrée en établissement** ;
- **en cas de placement dans un établissement hors du département de l'Indre**, joindre la copie de l'arrêté de prix de journée.

