

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE

NUMÉRO DE DOSSIER :

APA À DOMICILE

(y compris Résidence autonomie, et Logement Foyer)

APA EN ÉTABLISSEMENT

1^{ère} demande

Révision

Nouvelle demande après refus

ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE (pour une personne âgée de 60 ans et plus)

NOM du demandeur :

Prénoms :

Adresse :

Téléphone :

Courriel :

Coordonnées de la personne référente à contacter

NOM :

Prénom :

Adresse :

.....

Téléphone :

Courriel :

Qualité :

Enfant

Conjoint

Parent

Représentant légal

Autre

Souhaite être présent lors de la visite d'évaluation

Coordonnées du médecin traitant

NOM :

Adresse :

.....

Téléphone :

Ce document doit être rempli avec le plus grand soin.

Toutes les rubriques doivent être complétées.

Fournir tous les documents et justificatifs (photocopies) indiqués dans la liste figurant sur le feuillet 1

CETTE DEMANDE NE POURRA ETRE TRAITÉE QUE SI LE DOSSIER EST COMPLET

IDENTITÉ DU DEMANDEUR

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

	DEMANDEUR	CONJOINT(E), CONCUBIN(E) OU PACSÉ(E)
NOM d'usage pour les femmes	.....	.....
NOM de famille (nom de naissance)	.....	.....
PRÉNOMS	.....	.....
DATE ET LIEU DE NAISSANCE	.....	.....
SEXE	<input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin	
NATIONALITÉ	<input type="checkbox"/> France <input type="checkbox"/> Union européenne <input type="checkbox"/> Autre (à préciser)	<input type="checkbox"/> France <input type="checkbox"/> Union européenne <input type="checkbox"/> Autre (à préciser)
SITUATION DE FAMILLE	<input type="checkbox"/> marié(e) <input type="checkbox"/> pacsé(e) <input type="checkbox"/> concubin(e) <input type="checkbox"/> divorcé(e) <input type="checkbox"/> veuf(ve) <input type="checkbox"/> célibataire	
PROTECTION ADMINISTRATIVE OU JURIDIQUE*	<input type="checkbox"/> sauvegarde de justice <input type="checkbox"/> curatelle <input type="checkbox"/> tutelle <input type="checkbox"/> habilitation familiale <input type="checkbox"/> mandat de protection future	<input type="checkbox"/> sauvegarde de justice <input type="checkbox"/> curatelle <input type="checkbox"/> tutelle <input type="checkbox"/> habilitation familiale <input type="checkbox"/> mandat de protection future
CAISSE DE RETRAITE PRINCIPALE	.....	.....
N° DE SECURITE SOCIALE	.....	.....

* Le cas échéant : précisez le Nom et l'adresse du représentant légal sur la 1^{ère} page (coordonnées de la personne référente).

DEMANDEUR	CONJOINT(E), CONCUBIN(E) OU PACSÉ(E)
Adresse :	Adresse (si différente du demandeur) :
<input type="checkbox"/> domicile personnel Êtes-vous locataire ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Êtes-vous propriétaire ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> résidence autonomie ou logement foyer <input type="checkbox"/> établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) <input type="checkbox"/> au domicile d'un accueillant familial à titre onéreux <input type="checkbox"/> d'une résidence service ou autre structure collective <input type="checkbox"/> autre (à préciser :)	

Adresses précédentes du demandeur (Autres qu'une résidence autonomie, logement-foyer ou EHPAD)

OBLIGATOIRE : pour déterminer le Département compétent :

Du au : Adresse :

Du au : Adresse :

Du au : Adresse :

VOTRE DEMANDE

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

ÊTES-VOUS BÉNÉFICIAIRE :

- ➔ D'une majoration pour aide constante d'une tierce personne (MTP) ou Pension d'invalidité 3^{ème} catégorie ?
 OUI NON Précisez date ouverture du droit :
- ➔ D'une prestation complémentaire pour recours à tierce personne (PC RTP) ?
 OUI NON Précisez date ouverture du droit :
- ➔ D'une allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) ?
 OUI NON
- ➔ D'une prestation de compensation du handicap (PCH) ?
 OUI NON
- ➔ D'une aide-ménagère prise en charge par :
- Le Département de la Sarthe : OUI NON
- Votre caisse de retraite : OUI NON
- Une caisse complémentaire : OUI NON
- Autre (mutuelle, assurance) : OUI NON Précisez l'organisme :

ATTENTION : Aucune de ces prestations n'est cumulable avec l'Allocation Personnalisée d'Autonomie

PATRIMOINE DU FOYER

Indiquer « Néant » si aucun BIEN IMMOBILIER

I - ADRESSE DE TOUS LES BIENS IMMOBILIERS	
Joindre une copie de la taxe foncière propriétés bâties ou non (demandeur, son conjoint, concubin, pacsé)	Préciser si le bien est loué ou non
.....
.....
.....

Indiquer « Néant » si aucun CONTRAT D'ASSURANCE-VIE

I - MONTANT DES CONTRATS D'ASSURANCE-VIE	
Joindre une copie du relevé annuel d'information bancaire et/ou assurantiel (demandeur, conjoint, concubin, pacsé)	Préciser le montant de chaque contrat
.....
.....
.....

DEMANDE D'UNE CARTE MOBILITE INCLUSION (CMI)*

Souhaitez-vous bénéficier d'une CMI avec mention priorité ou invalidité ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Souhaitez-vous bénéficier d'une CMI avec mention stationnement ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

*Joindre impérativement le certificat médical

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PROCHES AIDANTS DU DEMANDEUR (FACULTATIF)

Ce volet du dossier de demande vise à apporter les premières informations sur **les personnes de votre famille, 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.

A – RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

	AIDANT 1	AIDANT 2	AIDANT 3
NOM d'usage (pour les femmes)			
NOM de famille (nom de naissance)			
PRÉNOM			
DATE DE NAISSANCE			
LIEU DE RÉSIDENCE			
TÉLÉPHONE			
NATURE DU LIEN AVEC LE DEMANDEUR DE L'APA			

B – NATURE DE L'AIDE APPORTÉE AU DEMANDEUR DE L'APA

Par exemple : accompagnement dans les déplacements à l'extérieur de votre domicile, courses... accompagnement dans les actes de la vie quotidienne (toilette, habillage, alimentation...)

	AIDANT 1	AIDANT 2	AIDANT 3
NATURE DE L'AIDE			
DURÉE ET PÉRIODICITÉ DE L'AIDE			

C – PERSONNES POUVANT APPORTER UN RELAIS A L'AIDANT

.....
.....
.....

D – EXPRESSION DE VOS BESOINS

.....
.....
.....

ENGAGEMENT DE LA DEMANDE

Je soussigné(e), agissant,
en mon nom propre ^(?)
en ma qualité de représentant légal^(?) de :

- certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus qui sont fournis dans le cadre d'une demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie ;
- autorise, le cas échéant, la transmission par le Président du Conseil départemental, des éléments utiles du dossier aux institutions compétentes (Caisses de retraites, etc. . .).

Fait à : le : / /

^(?) rayer la mention inutile

Signature du demandeur (ou représentant légal),