

DOSSIER
À RETOURNER

Dossier de demande de l'A.P.A.

à domicile

en établissement

LE DEMANDEUR	LE CONJOINT
Nom : (Nom marital pour les femmes)	Nom : (Nom marital pour les femmes)
Nom de naissance :	Nom de naissance :
Prénoms :	Prénoms :
Date et lieu de naissance :	Date et lieu de naissance :
N° de téléphone <input type="text"/>	N° de téléphone <input type="text"/>
N° de S.S. <input type="text"/>	

LE DEMANDEUR	RENSEIGNEMENTS ET PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR
Quelle est votre résidence actuelle ?	
<input type="checkbox"/> à domicile	adresse :
- depuis plus de trois mois	- joindre un justificatif du domicile : quittance de loyer, EDF, attestation d'hébergement.
- depuis moins de trois mois	- joindre un justificatif du domicile actuel et des domiciles précédents : quittance de loyer, EDF, attestation d'hébergement avec les dates d'arrivée et de départ de chaque domicile.
<input type="checkbox"/> en maison de retraite	adresse :
	- joindre un justificatif du prix de journée ou du tarif appliqué, et, un justificatif du domicile précédent : quittance de loyer, EDF, attestation d'hébergement.
<input type="checkbox"/> en accueil familial	adresse :
	- joindre la photocopie de l'agrément, du contrat et justificatif du domicile précédent : quittance de loyer, EDF, attestation d'hébergement.

Nom de votre médecin traitant :

Son N° de tél.

NE PAS REMPLIR

Date d'arrivée du dossier en centre A.P.A. :au C.A.D. :

Date de déclaration du dossier complet :Numéro de dossier :

Canton.....

LE DEMANDEUR	RENSEIGNEMENTS ET PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR
<p>Si vous le souhaitez, le nom d'une personne à contacter en cas de nécessité</p>	<p>Nom : Prénom :</p> <p>adresse :</p> <p>..... son N° de tél. <input type="text"/></p>
<p>Quelle est votre nationalité ?</p> <p><input type="checkbox"/> française</p> <p><input type="checkbox"/> ressortissant de l'Union européenne</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> étrangère non européenne</p>	<p><i>joindre : - la photocopie de votre livret de famille</i> <i>ou - la photocopie de votre carte nationale d'identité</i> <i>ou - la photocopie de votre passeport d'un État membre de l'Union européenne</i> <i>ou - un extrait d'acte de naissance</i></p> <hr/> <p><i>joindre : - la photocopie de votre carte de résidence</i> <i>ou - la photocopie de votre titre de séjour</i></p>
<p>Bénéficiez-vous d'une mesure de protection ?</p> <p><input type="checkbox"/> sauvegarde de justice</p> <p><input type="checkbox"/> curatelle</p> <p><input type="checkbox"/> tutelle</p>	<p>Nom du tuteur : Prénom :</p> <p>adresse :</p> <p>..... son N° de tél. <input type="text"/></p> <p><i>joindre les photocopies du justificatif de la mesure et du dernier compte de tutelle</i></p>
<p>Si vous avez des enfants</p>	<p><i>joindre une liste avec leurs noms, leur adresse et leur numéro de téléphone</i></p>
<p>Quelles personnes vivent à votre domicile, autres que votre conjoint ?</p>	<p>Nom : Prénom :</p> <p>parenté :</p> <p>Nom : Prénom :</p> <p>parenté :</p>
<p>Avez-vous déjà eu recours à un service de maintien à domicile ?</p>	<p>Si oui, préciser le nom :</p> <p>l'adresse :</p> <p>..... le N° de tél. <input type="text"/></p>

Ressources et revenus du foyer

LE DEMANDEUR	RENSEIGNEMENTS ET PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR
<p>Bénéficiez-vous de pensions ou de retraites ?</p> <p><input type="checkbox"/> oui</p> <p><input type="checkbox"/> non</p> <p>Avez-vous bénéficié, avant l'âge de 60 ans, d'une prestation relevant du handicap?</p> <p>- Pension majorée tierce personne (MTP) : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>- Prestation de compensation du handicap : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>- Allocation compensatrice : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p>	<p><i>si oui joindre :</i></p> <p style="padding-left: 40px;">- le dernier avis d'imposition ou de non-imposition</p> <p style="padding-left: 40px;">ou - la déclaration sur l'honneur de non-imposition</p>
<p>Êtes-vous propriétaire ?</p> <p><input type="checkbox"/> de votre logement</p> <p><input type="checkbox"/> d'autres biens immobiliers</p>	<p><i>joindre : - la photocopie du dernier relevé des taxes foncières sur les propriétaires bâties et non bâties</i></p> <p><i>Précisez la nature et l'adresse des autres biens</i></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Bénéficiez-vous de revenus du capital ?</p> <p><input type="checkbox"/> oui</p> <p><input type="checkbox"/> non</p>	<p><i>si oui joindre :</i></p> <p style="padding-left: 40px;">- les photocopies des livrets et un certificat de banque sur les placements financiers</p>
<p>Votre conjoint a-t-il des revenus ?</p> <p><input type="checkbox"/> oui</p> <p><input type="checkbox"/> non</p>	<p><i>si oui joindre :</i></p> <p style="padding-left: 40px;">- les justificatifs des ressources du conjoint</p>

Dans tous les cas joindre à votre dossier un relevé d'identité bancaire ou postal (R.I.B.)

J'autorise le département à transmettre à ma caisse de retraite déclarée les données relatives à mon évaluation APA pour étude de mes droits à l'aide ménagère : oui non

J'autorise le Département à transmettre la copie de ma notification APA à l'organisme en charge du suivi de mon abonnement à la téléassistance pour étude de mes droits à la gratuité de la téléassistance : oui non

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

(barrer la mention inutile)

.....

certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus.

Fait à : Le :

Signature :

NE PAS REMPLIR

Classement en groupe iso-ressources (G.I.R.)

Proposition de l'équipe médico-sociale

.....
.....

Proposition de la commission de l'allocation personnalisée d'autonomie (A.P.A.)

réunie le

Décision du Président du Conseil départemental de la Somme

.....
.....

Les traitements relatifs à cette demande sont informatisés. Ils sont donc soumis aux dispositions de la loi "informatique et liberté" 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 données nominatives sont informées que :

- Toutes les réponses aux différents questionnaires sont obligatoires. Un défaut de réponse entraînera des retards ou une impossibilité dans l'instruction du dossier.
- Les destinataires des informations collectées sont exclusivement les administrations et organismes habilités à connaître des dossiers d'aide à domicile ou en établissement.
- En tout état de cause, les personnes concernées ont un droit d'accès et de rectification des informations nominatives stockées ou traitées informatiquement.

Pour l'exercice de ce droit, il convient de vous adresser, en justifiant de votre identité à :

Monsieur le Président du Conseil départemental

Centre administratif départemental - boulevard du Port - CS 2603 - 80026 Amiens cedex 1 - Tél. 03 22 97 22 91