

## DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE

**Demande d'aide d'une personne âgée de 60 ans et plus pour faire face à la couverture des besoins liés à la conséquence de la perte d'autonomie, pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou dont l'état nécessite une surveillance régulière.**

- A domicile                     
  En établissement                     
  Accueil chez un particulier agréé

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE FOYER DU DEMANDEUR

LE DEMANDEUR	CONJOINT - CONCUBIN - PACS
NOM (de naissance) .....	NOM (de naissance) .....
Nom marital .....	Nom marital .....
Prénoms .....	Prénoms .....
Date et lieu de naissance .....	Date et lieu de naissance .....
Nationalité <input type="checkbox"/> Française <input type="checkbox"/> Union européenne <input type="checkbox"/> Autre	N° sécurité sociale du conjoint
Date d'arrivée en France .....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
N° sécurité sociale <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Est-il en activité <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Êtes-vous retraité <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Est-il retraité <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si oui, régime de retraite principal .....	Si oui, régime de retraite principal .....

### SITUATION DE FAMILLE

- marié(e)                     
  divorcé(e)                     
  veuf(ve)
- concubin(e)                     
  célibataire                     
  pacte civil de solidarité

### ADRESSE ACTUELLE DU DEMANDEUR

- Précisez s'il s'agit :
- du domicile                     
  en location                     
  comme propriétaire
- d'un établissement d'hébergement,      date d'entrée :
- d'un accueil au domicile d'un particulier agréé, date de début d'accueil :
- d'un hébergement chez M. .... lien de parenté .....

Adresse complète (N°, voie, appt,...) : .....

Téléphone domicile ..... Téléphone mobile .....

Adresse courriel ..... @ .....

Êtes-vous hospitalisé ?                       oui                       non

Si oui, dans quel établissement de santé ? : .....

Depuis le : .....

Le conjoint-concubin - PACS vit-il au domicile ?                       oui                       non

Autre lieu de résidence, coordonnées : .....

Est-il hébergé en établissement ?                       oui                       non

Si oui, coordonnées .....

### ADRESSE PRÉCÉDENTE (DATE D'ARRIVÉE ET DATE DE DÉPART)

Adresse de votre ancien domicile (hors établissement médico-social) : .....

..... Du ..... au .....

LA DÉCLARATION DOIT S'EFFECTUER EN EUROS	RESSOURCES DU FOYER			
	DEMANDEUR		CONJOINT/CONCUBIN PARTENAIRE PACS	
NATURE	CAISSE OU ORGANISME	MONTANT ANNUEL	CAISSE OU ORGANISME	MONTANT ANNUEL
<b>Revenus des capitaux placés</b> • Intérêts perçus des livrets d'épargne, LEP, Livret Développement durable... • Produits des autres placements (gains ou plus-values brutes perçus) <b>NB</b> : Fournir une attestation ou un relevé récapitulatif de votre banque				
<b>Produits des contrats d'assurance-vie</b> <b>NB</b> : Fournir une attestation ou un relevé récapitulatif de votre banque				

PATRIMOINE DU FOYER				
	DEMANDEUR		CONJOINT/CONCUBIN PARTENAIRE PACS	
	CAISSE OU ORGANISME	MONTANT ANNUEL	CAISSE OU ORGANISME	MONTANT ANNUEL
<b>Montants des placements</b> <b>Actions - PEA</b> <b>Obligations</b> <b>SICAV</b> <b>Bons du Trésor</b> <b>Fonds communs</b> <b>Autres placements financiers</b> <b>NB</b> : Fournir une attestation ou un relevé récapitulatif de votre banque				
	MONTANT ANNUEL		ADRESSE	
<b>Biens non loués, hors habitation principale</b> <b>Bâti</b> : mettre valeur locative figurant sur la taxe d'habitation <b>Non bâti</b> : mettre le montant de la base de la taxe foncière				

COORDONNÉES DU MÉDECIN TRAITANT	
NOM .....	Prénom .....
Téléphone .....	Adresse courriel .....
Adresse .....	

FAITES-VOUS L'OBJET D'UNE MESURE DE PROTECTION (joindre copie du jugement)	
<input type="checkbox"/> Sauvegarde de justice	<input type="checkbox"/> Curatelle
<input type="checkbox"/> Habilitation familiale (article 494 du Code civil)	<input type="checkbox"/> Tutelle
<input type="checkbox"/> Mesure d'Accompagnement Judiciaire	
Nom et adresse du tuteur ou du service tutélaire .....	
Téléphone fixe .....	Téléphone mobile .....
Adresse courriel .....	

## AIDES DONT VOUS BÉNÉFICIEZ ACTUELLEMENT

**Aide ménagère** au titre de l'aide sociale .....  oui  non

**Allocation Compensatrice Tierce Personne (A.C.T.P.)** .....  oui  non  
 Date de première attribution [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] par quel département .....

**Aide ménagère** au titre d'une Caisse de retraite .....  oui  non  
 Si oui, laquelle .....

**Prestation de Compensation du Handicap (P.C.H.)** .....  oui  non  
 Date de première attribution [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] par quel département .....

**Majoration pour tierce personne** .....  oui  non  
 Si oui, par quelle caisse .....

**Prestation complémentaire pour recours à tierce personne** .....  oui  non  
 Si oui, par quelle caisse .....

**Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)** .....  oui  non  
 Si oui, par quel département .....

**Attention :** l'Allocation Personnalisée d'Autonomie n'est cumulable avec aucune de ces prestations.

## À RENSEIGNER OBLIGATOIREMENT

### COORDONNÉES DES PERSONNES RÉFÉRENTES

Personne référente à contacter pour la visite à domicile ou en cas d'urgence :

**NOM** ..... **Prénom** .....

**Adresse** .....

**Téléphone** ..... **Lien de parenté éventuel** .....

**Adresse courriel** .....

**NOM** ..... **Prénom** .....

**Adresse** .....

**Téléphone** ..... **Lien de parenté éventuel** .....

**Adresse courriel** .....

**NB :** Vous devez nous communiquer toute modification

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PROCHES AIDANTS (\*)

<b>1<sup>er</sup> AIDANT</b>	<b>2<sup>e</sup> AIDANT</b>
NOM de naissance .....	NOM de naissance .....
NOM marital .....	NOM marital .....
Prénoms .....	Prénoms .....
Adresse .....	Adresse .....
Téléphone .....	Téléphone .....
Nature de votre lien .....	Nature de votre lien .....
Durée et périodicité de l'aide apportée .....	Durée et périodicité de l'aide apportée .....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

(\*) l'article L.113-1-3 CASF : « Est considéré comme proche aidant d'une personne âgée son conjoint, le partenaire de PACS, un parent ou un allié, définis comme aidants familiaux, ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables, qui lui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne. »



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 ;
- certifie avoir pris connaissance des conséquences de la demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie, décrites ci-après :
  - pour vérifier les déclarations des intéressés, le Conseil départemental chargé de l'évaluation des droits peut demander toutes pièces justificatives à l'intéressé(e), ainsi que toutes les informations nécessaires aux administrations publiques, notamment aux administrations fiscales, aux collectivités territoriales, aux organismes de sécurité sociale et de retraite complémentaire qui sont tenus de les leur communiquer, (article L 232-16 du code de l'action sociale et des familles) ;
  - sans préjudice des actions en recouvrement des sommes indûment versées, le fait d'avoir frauduleusement perçu l'Allocation Personnalisée d'Autonomie est puni des peines prévues par les articles 313-1 à 313-3 du Code Pénal (article L 232-27 du code de l'action sociale et des familles) ;
  - le bénéficiaire a l'obligation de participer au financement du plan d'aide à hauteur du montant figurant sur la décision d'admission à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie. A défaut, le versement de l'allocation peut être suspendu (article L 232-7 du code de l'action sociale et des familles) ;
  - toutes les réponses aux différents questionnaires sont obligatoires. Un défaut de réponse entraîne des retards ou une impossibilité dans l'instruction du dossier.
- en cas d'octroi de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie en service prestataire
  - **à domicile**
    - j'ai pris acte que le Conseil départemental communique les éléments de la prestation APA, directement au service prestataire d'aide à domicile.
    - j'ai pris acte que le Conseil départemental verse la partie de l'Allocation affectée à la rémunération, directement au service prestataire d'aide à domicile.
  - **en établissement**
    - je prends acte que le Conseil départemental verse l'allocation personnalisée d'autonomie attribuée directement à l'établissement d'hébergement.
- en cas de rejet de l'allocation Personnalisée d'Autonomie à domicile :
  - j'autorise  je n'autorise pasle Conseil départemental à communiquer les éléments du dossier aux caisses de retraite.

Fait à ..... le ..... Signature du demandeur  
ou du représentant légal

À adresser à  
**Monsieur le Président du Conseil départemental de la Haute-Garonne**  
**DIRECTION POUR L'AUTONOMIE PERSONNES AGÉES PERSONNES HANDICAPÉES**  
**ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE**  
**1, boulevard de la Marquette**  
**31090 TOULOUSE cedex 9**

## DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE

### PIÈCES À JOINDRE IMPÉRATIVEMENT AU DOSSIER DÛMENT COMPLÉTÉ

- 1- La photocopie du livret de famille ou de la carte nationale d'identité ou d'un passeport de la communauté européenne ou un extrait d'acte de naissance,  
  
ou, s'il s'agit d'un demandeur de nationalité étrangère, la photocopie recto-verso de la carte de résidence ou du titre de séjour,
- 2- La photocopie du dernier avis d'imposition ou de non imposition sur le revenu,
- 3- Le cas échéant, toute pièce justificative des biens ou capitaux relevant du patrimoine dormant (photocopie du dernier relevé de la taxe foncière sur les propriétés bâties et/ou sur les propriétés non bâties, attestation de la banque pour les placements...),
- 4- Références bancaires IBAN et RIB, au nom du bénéficiaire.

### À JOINDRE EN COMPLÉMENT DU DOSSIER

- Si vous faites l'objet d'une mesure de protection (tutelle, curatelle, etc.) : copie du jugement,
- Le certificat médical rempli par le médecin traitant dans l'enveloppe confidentielle ci-jointe,
- Si vous êtes hébergé(e) dans un établissement hors Haute-Garonne, joindre le dernier arrêté de tarification, à solliciter auprès de la direction de l'établissement. Ce document pourra être remis après le dépôt du dossier d'APA.

### INFORMATION RELATIVE À LA LOI INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Les traitements relatifs à cette demande sont informatisés. Ils sont donc soumis aux dispositions de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et libertés, qui protège les droits et libertés individuels.

Conformément aux articles 39 et 40 de la loi, les personnes desquelles sont recueillies des informations nominatives sont informées que :

- 1° les destinataires des informations collectées sont exclusivement des administrations et organismes habilités à connaître des dossiers d'aide à domicile ou en établissement,
- 2° en tout état de cause, les personnes concernées ont un droit d'accès ou de vérification des informations nominatives stockées ou traitées informatiquement.

Pour l'exercice de ce droit, il convient de vous adresser par lettre ou courriel, en justifiant de votre identité, à Monsieur le Président du Conseil départemental de la Haute-Garonne.

## LES PRINCIPES DE LA PRESTATION D'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE

L'APA pour quoi faire ?

- L'APA à domicile sert à financer des dépenses concourant au maintien à domicile des personnes de plus de 60 ans en perte d'autonomie en leur permettant de bénéficier d'aides nécessaires à l'accomplissement des actes de la vie courante (s'habiller, se déplacer, se lever, se coucher, prendre ses repas,...)

Quelles sont mes obligations en tant que bénéficiaire de l'APA ?

- L'APA est une prestation affectée à la couverture des dépenses relevant d'un plan d'aide. Aussi, vous devez fournir tous les justificatifs liés à l'utilisation de l'aide sur demande du Conseil départemental.
- Tout changement ultérieur de situation (hospitalisation, départ en vacances,...) ou modification dans le choix et l'organisation d'intervention, doivent être signalés par écrit au service Instruction Allocation Personnalisée d'Autonomie du Conseil départemental dans les plus brefs délais.
- Vous souhaitez intégrer une structure accueillant des personnes âgées. Vous devez signaler ce changement par écrit à l'administration afin que votre dossier soit mis à jour. L'Allocation personnalisée d'autonomie à domicile est alors arrêtée et remplacée par une Allocation personnalisée d'autonomie en établissement afin de couvrir une partie du tarif lié à la dépendance.

J'estime que mon plan d'aide n'est plus adapté. Que dois-je faire ?

- Tous les deux ans, votre plan d'aide fait l'objet d'une révision automatique par l'administration.
- De la même manière, à tout moment, à votre demande, une révision peut être sollicitée. Une nouvelle visite à domicile est alors effectuée afin d'adapter le plan d'aide à votre situation. Vous devez nous faire parvenir une demande de révision par courrier, courriel ou fax, à laquelle vous joignez une photocopie de votre dernier avis d'imposition sur le revenu (ainsi qu'une copie de votre dernière taxe foncière si vous êtes propriétaire).

Informations complémentaires

- Les tarifs des services d'aide à domicile sont variables. Une partie du coût de l'intervention des services d'aide à domicile dépend de leur tarification. L'Équipe médico-sociale de la Maison des Solidarités du Conseil départemental vous accompagne dans vos démarches de recherche d'un service d'aide à domicile. N'hésitez pas à la solliciter pour plus d'information à ce sujet.
- A noter que l'APA ne peut se cumuler avec l'aide ménagère, l'allocation compensatrice tierce personne, la majoration tierce personne et la prestation complémentaire pour recours à tierce personne versées par un régime de sécurité sociale. Ni avec la Prestation de compensation du handicap (PCH).

À adresser à  
**Monsieur le Président du Conseil départemental de la Haute-Garonne**  
**DIRECTION POUR L'AUTONOMIE PERSONNES AGÉES PERSONNES HANDICAPÉES**  
**ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE**  
**1, boulevard de la Marquette**  
**31090 TOULOUSE cedex 9**