

Pôle solidarités humaines

NOM :PRÉNOM :

COMMUNE :CANTON :

**DEMANDE D'ALLOCATION
PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE
A.P.A.**

☐ à domicile

☐ en établissement

☐ en famille d'accueil

DOSSIER À COMPLÉTER, À SIGNER ET À RETOURNER À L'ADRESSE SUIVANTE :

Pôle solidarités humaines – Direction de l'autonomie – Service aide sociale légale – B.P. 783 –
82013 Montauban cedex

Tel : 05 63 21 42 52 – Fax : 05 63 21 42 94

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DEMANDEUR

| ÉTAT CIVIL | DEMANDEUR | CONJOINT OU CONCUBIN OU PARTENAIRE D'UN PACS |
|--------------------------------------|-----------|--|
| Nom de naissance | | |
| Nom marital | | |
| Prénom(s) | | |
| Date et lieu de naissance | | |
| N° de sécurité sociale (obligatoire) | | |
| Caisse de retraite | | |
| Nationalité | | |
| Date validité carte de séjour | | |

Situation familiale :

☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Séparé(e) ☐ Concubin(e)

☐ Veuf(ve) : date du décès du conjoint ☐ Autre

Adresse actuelle du demandeur :

Nom et n° de la voie :

Résidence : Bât. : Étage :

Code postal : Commune :

N° de téléphone : N° de portable :

Mail :

Date d'arrivée à cette adresse :

S'agit-il : ☐ du domicile ☐ d'un établissement pour personnes âgées ☐ d'une famille d'accueil

Adresse précédente (avant entrée en maison de retraite ou avant domiciliation dans le Tarn-et-Garonne)

.....

Date d'arrivée à cette adresse :

Si le demandeur fait l'objet d'une mesure de protection (cochez la case correspondante) :

☐ Sauvegarde de justice ☐ Tutelle ☐ Curatelle ☐ Curatelle renforcée ☐ Demande en cours

Nom et adresse du tuteur ou de l'association tutélaire (joindre copie du jugement) :

.....

.....

Personne pouvant être jointe pour toute demande de renseignements complémentaires :

Nom : Prénom :

Lien de parenté : Téléphone :

Mail :

AUTRES ÉLÉMENTS

- Êtes-vous : ☐ locataire ☐ propriétaire ☐ logé(e) gratuitement

- Êtes-vous propriétaire de biens : ☐ oui ☐ non

(si oui, fournir 1 copie des avis de taxes foncières, et cochez ci-dessous) :

☐ biens immobiliers ☐ en Tarn-et-Garonne et / ou ☐ hors département

- Êtes-vous titulaire de placements : ☐ oui ☐ non

(si oui, compléter l'annexe 2, et cochez ci-dessous) :

☐ revenus de capitaux mobiliers ☐ livret ☐ autres (assurance vie...)

- Avez-vous procédé à : une donation : ☐ oui ☐ non

une vente : ☐ oui ☐ non

- Avez-vous bénéficié : d'une donation : ☐ oui ☐ non

d'un legs ou d'un héritage : ☐ oui ☐ non

- Bénéficiez-vous actuellement :

| Aide | Demandeur | | Conjoint, concubin ou personne avec laquelle un PACS a été conclu | |
|--|-------------------------------|-----|---|-----|
| | Cochez la case correspondante | | | |
| | OUI | NON | OUI | NON |
| Majoration pour aide constante d'une tierce personne (MTP) | | | | |
| Prestation complémentaire pour recours à tierce personne (PC RTP) | | | | |
| L'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) | | | | |
| La prestation de compensation du handicap (PCH) | | | | |
| L'aide ménagère de votre caisse de retraite | | | | |
| L'aide ménagère aide sociale départementale | | | | |

NB : Dans l'affirmative, joindre toute pièce justificative (se reporter au verso).

Attention : Sans préjudice des paiements en restitution, quiconque aura frauduleusement bénéficié ou tenté de bénéficier des prestations au titre de l'aide sociale, sera puni des peines prévues aux articles 313-1, 313-7 et 313-8 du code pénal (Article L 135-1 du code de l'action sociale et des familles).

Je soussigné(e), agissant en mon nom propre / en ma qualité de représentant du demandeur (*rayez la mention inutile*) certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant dans le cadre de la présente demande, déclare avoir pris connaissance des dispositions indiquées ci-dessus, et autorise le Président du Conseil départemental à solliciter auprès des administrations compétentes tout renseignement concernant le demandeur. Je m'engage également à signaler immédiatement tout changement de situation (hospitalisation, décès, changement d'adresse).

Je suis informé(e) que le Département du Tarn-et-Garonne est autorisé à transmettre à l'ensemble des partenaires médico-sociaux (service d'aide à domicile, cabinet infirmier...), toute information concernant mes droits à l'APA (date d'effet du plan d'aide, GIR, nombre d'heures accordées...).

Si mon niveau de perte d'autonomie ne me permet pas de bénéficier de l'APA, j'autorise le Département à transmettre, le cas échéant, mon dossier à ma caisse de retraite : ☐ oui ☐ non

À
Nom Prénom :

Le.....
Signature :

LISTE DES DOCUMENTS À FOURNIR

- ☐ Le dossier de demande complété et signé.
- ☐ Le certificat médical facultatif (ANNEXE 1).
- ☐ Pour les personnes de nationalité française :
 - ☐ une photocopie intégrale du livret de famille OU
 - ☐ une photocopie de la carte nationale d'identité OU
 - ☐ une photocopie du passeport de la Communauté européenne OU
 - ☐ un extrait d'acte de naissance.
- ☐ Pour les personnes de nationalité étrangère dans la Communauté européenne :
 - ☐ une photocopie de la carte nationale d'identité en cours de validité OU
 - ☐ une photocopie du passeport de la Communauté européenne en cours de validité.
- ☐ Pour les personnes de nationalité étrangère hors Communauté européenne :
 - ☐ une photocopie de la carte de résidence en cours de validité OU
 - ☐ une photocopie du titre de séjour en cours de validité.
- ☐ La photocopie de la carte vitale.
- ☐ Une photocopie intégrale du dernier avis d'imposition ou de non-imposition à l'impôt sur le revenu du demandeur, de son conjoint, de son concubin ou du partenaire d'un PACS.
Pour une demande déposée entre janvier et août de l'année N : fournir l'avis d'imposition ou de non-imposition de l'année N-2 ; de septembre à décembre, celui de l'année N-1.
- ☐ Une photocopie intégrale du dernier avis de taxe foncière pour toute propriété :
 - ☐ immeuble bâti ou non, en Tarn-et-Garonne et/ou autre département.
- ☐ Un relevé d'identité bancaire (R.I.B.) ou postal (R.I.P.) établi au nom du demandeur ou de son tuteur.
- ☐ Le relevé des capitaux mobiliers à compléter (ANNEXE 2).
- ☐ Imprimé concernant le patrimoine immobilier complété (ANNEXE 3).
- ☐ Une copie de tout justificatif d'aide perçue.

DISPOSITIONS RELATIVES À LA LOI DU 6 JANVIER 1978 :

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

- toutes les réponses aux différents questionnaires sont obligatoires. Un défaut de réponse entraînera des retards ou une indisponibilité 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
Pôle solidarités humaines - B.P. 783
82013 MONTAUBAN CEDEX