

BÉNÉFICIEZ-VOUS DE :	OUI	NON
- ACTP (allocation compensatrice tierce personne)		
- MTP (majoration pour tierce personne)		
- Aide ménagère de l'aide sociale		
- Aide ménagère d'une caisse de retraite (si oui, laquelle)		

L'APA (allocation personnalisée d'autonomie) n'est cumulable, ni avec la PCH (prestation de compensation du handicap), ni avec l'ACTP (allocation compensatrice pour tierce personne), ni avec la MTP (Majoration pour tierce personne), ni avec l'aide ménagère à domicile au titre de l'aide sociale, ni avec l'allocation représentative de services ménagers.

Avez-vous déjà eu contact avec une assistante sociale de votre caisse de retraite : oui non

Si oui, indiquez son nom : _____

PATRIMOINE DU FOYER		
Biens mobiliers et épargne	Nature et montants	Montant des intérêts perçus
Biens immobiliers : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
Nature des biens et adresses Ex : maison, appartement, terrains, terres agricoles	Usage actuel Ex : occupé par le demandeur, à titre gratuit, location, en fermage ou inoccupé	Montant des revenus procurés par le bien
Nom et adresse de votre (vos) notaire(s) : _____		
Avez-vous fait une donation, un partage ou une vente : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		

Autorisation de transmission par le conseil départemental du dossier aux caisses de retraite (en cas de rejet d'allocation personnalisée d'autonomie pour les personnes classées en GIR 5-6) ainsi qu'à tout organisme susceptible de délivrer des prestations, en complément du plan d'aide (GIR 1 à 4).

le _____ Signature :

Je soussigné(e), agissant en mon nom propre / en ma qualité de représentant de M _____ certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus qui sont fournis dans le cadre de cette demande et déclare avoir pris connaissance des dispositions de l'article L 133-6 du code de l'action sociale et des familles qui stipule que « le fait de percevoir frauduleusement ou de tenter de percevoir frauduleusement des prestations au titre de l'aide sociale est puni des peines prévues par les articles 313-1 et 313-8 du code pénal ».

Nom, prénom et parenté du signataire si autre que le demandeur : _____

Fait à _____ le _____

Signature :



**DEMANDE D'APA À DOMICILE
D'UNE PERSONNE
DE SOIXANTE ANS OU PLUS**

N° DOSSIER : _____

MERCI DE REMPLIR CE DOSSIER AU STYLO NOIR

NOM : _____ **PRÉNOM :** _____

COMMUNE : _____ **CANTON :** _____

T. _____ **COURRIEL :** _____

PERSONNE POUVANT ÊTRE VOTRE RÉFÉRENT :

NOM _____ **PRÉNOM** _____

ADRESSE _____

T. _____ **COURRIEL** _____

NATURE DE LA DEMANDE : 1^{ère} demande renouvellement

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 individuels.

Conformément à l'article 32 de cette loi, les personnes auprès desquelles sont recueillies des informations nominatives, sont informées que :

1 - Toutes les réponses aux différents questionnaires sont obligatoires. Un défaut de réponse - **un dossier dont les rubriques seraient non remplies par oui ou par non sera considéré comme incomplet** - entraînera des retards ou une impossibilité dans l'instruction du dossier.

2 - Les destinataires des informations collectées sont exclusivement les administrations et organismes habilités à connaître des dossiers d'aide à domicile ou en établissement.

3 - En tout état de cause, les personnes concernées ont un droit d'accès et de rectification des informations nominatives stockées ou traitées informatiquement qu'ils peuvent exercer auprès du correspondant Informatiques et libertés - Maison du Département - 50050 Saint-Lô cedex (cnil@manche.fr).

4 - La décision d'accord ou de rejet d'APA peut être transmise à la mairie dont relève votre domicile.

CE DOCUMENT EST À TRANSMETTRE À :

**Territoire de solidarité du Valognais
Centre médico-social - Mission Autonomie
27, bis rue du Grand Moulin
50700 VALOGNES**

LISTE DES DOCUMENTS A FOURNIR POUR
**UNE PREMIERE DEMANDE OU RENOUELEMENT
D'ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE (APA)**

1 ^{ÈRE} DEMANDE	RENOUELEMENT	DOCUMENTS À FOURNIR
→		le dossier « Demande d'Aide à domicile ou en établissement d'une personne de soixante ans et plus »
→	→	un certificat médical à faire remplir par le médecin traitant et à joindre au dossier (dans l'enveloppe « sous pli confidentiel au Médecin Conseil »)
→	→	la photocopie du livret de famille dans son intégralité, ou carte nationale d'identité, ou passeport, ou extrait d'acte de naissance. Pour le renouvellement, la photocopie du livret de famille dans son intégralité est à fournir uniquement si changement de situation familiale (veuvage, remariage, concubinage...)
→		la photocopie de la carte d'assuré social
→	→	la photocopie intégrale de votre dernier avis d'imposition ou de non-imposition, recto-verso
→	→	le relevé de capitaux rempli par la ou les banque(s)
→	→	les justificatifs de vos charges : taxes foncières sur les propriétés bâties et non bâties
→		la copie de la notification d'attribution des heures d'aide-ménagère de votre caisse de retraite
→		pour les étrangers, les justificatifs de la durée de présence en France (photocopie du titre de séjour) ou certificat de résidence
→	→	2 Relevés d'Identité Bancaire (RIB), ou 2 Relevés d'Identité Postal (RIP) ou 2 Relevés d'Identité de Caisse d'Épargne (RICE) ou 2 IBAN (International Bank Account Number). Pour le renouvellement, ils sont à fournir uniquement en cas de changement
→	→	le nom, l'adresse et les coordonnées téléphoniques de la personne qui peut être contactée, ou du tuteur, le cas échéant
→	→	votre numéro de téléphone

J'attire votre attention sur le fait que l'instruction de votre demande ne pourra commencer qu'au moment où votre dossier sera complet.

Un accusé de réception vous indiquera la date à compter de laquelle le délai d'instruction de **deux mois** commence à courir. Les différentes étapes de la phase d'instruction de la demande vous seront également précisées.

IDENTITÉ Situation familiale	LE DEMANDEUR	LE CONJOINT OU LA PERSONNE VIVANT MARIÉMENT
Nom (marital pour les femmes) Nom de jeune fille (pour les femmes mariées)		
Prénom		
Date et lieu de naissance		
N° d'assuré social		
Organisme d'assurance maladie		
Nom de votre mutuelle		
Nationalité		
Date d'arrivée en France pour les étrangers		
Situation familiale : célibataire, marié(e), vie maritale, divorcé(e), veuf(ve), pacsé(e)		
Nom et adresse de votre caisse de retraite principale		

NOM DE VOTRE MÉDECIN TRAITANT : _____ COMMUNE : _____

ADRESSE OÙ VIT LE DEMANDEUR
Rue _____ N° _____
Bâtiment _____ Étage _____ Code postal _____
Commune _____
Numéro de téléphone (précisez si liste rouge) _____
Précisez s'il s'agit :
<input type="checkbox"/> de votre domicile <input type="checkbox"/> domicile de vos enfants <input type="checkbox"/> foyer logement
<input type="checkbox"/> établissement de moins de 25 lits pour personnes âgées
<input type="checkbox"/> de l'accueil par un particulier à domicile et à titre onéreux dans le cadre de la loi du 10 juillet 1989
Êtes-vous : <input type="checkbox"/> locataire <input type="checkbox"/> propriétaire
Si vous résidez depuis moins de trois mois à cette adresse ou si vous vivez en foyer logement ou famille d'accueil, indiquez votre adresse précédente ainsi que les dates d'arrivée et de départ :

Le demandeur fait-il l'objet d'une mesure de protection : oui non

Si oui, de quelle nature : sauvegarde de justice curatelle tutelle

Nom et prénom du tuteur ou du curateur ou de l'organisme chargé de la gestion des biens (précisez le nom du délégué) :

Adresse _____

Numéro de téléphone _____