

**DEMANDE D'ALLOCATION
PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE (APA)
EN ÉTABLISSEMENT D'UNE PERSONNE
DE SOIXANTE ANS OU PLUS**

DGA « COHÉSION SOCIALE DES TERRITOIRES »
MAISON DÉPARTEMENTALE DE L'AUTONOMIE

N° DOSSIER :

MERCI DE REMPLIR CE DOSSIER AU STYLO NOIR

NOM : **PRÉNOM :**
COMMUNE : **CANTON :**
TÉL. : **COURRIEL :**
PERSONNE POUVANT ÊTRE VOTRE RÉFÉRENT :
NOM **PRÉNOM**
ADRESSE
TÉL. : **COURRIEL**

NATURE DE LA DEMANDE : 1^{re} demande renouvellement
 établissement Manche hors dotation globale
 établissement hors département

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 AU :

Conseil départemental de la Manche
50050 SAINT-LÔ CEDEX



PHPA 1.3.1

LISTE DES DOCUMENTS À FOURNIR POUR UNE PREMIÈRE DEMANDE OU RENOUELEMENT D'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE (APA) EN ÉTABLISSEMENT

1 ^{RE} DEMANDE	RENOUELEMENT	DOCUMENTS À FOURNIR
X	X	le dossier « Demande d'Aide en établissement d'une personne de soixante ans et plus »
X	X	la grille AGGIR fournie par l'établissement, datée, signée et tamponnée par le médecin coordonateur de l'établissement
X	X	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...)
X		la photocopie de la carte d'assuré social
X	X	la photocopie intégrale de votre dernier avis d'imposition ou de non-imposition, recto-verso
X	X	le relevé de capitaux rempli par la ou les banque(s)
→	X	les justificatifs de vos charges : taxes foncières sur les propriétés bâties et non bâties
X		pour les étrangers, les justificatifs de la durée de présence en France (photocopie du titre de séjour) ou certificat de résidence
X	X	un Relevé d'Identité Bancaire (RIB), ou 1 Relevé d'Identité Postal (RIP) ou 1 Relevé d'Identité de Caisse d'Épargne (RICE) ou 1 IBAN (International Bank Account Number). Pour le renouvellement, ils sont à fournir uniquement en cas de changement
X	X	le nom, l'adresse et les coordonnées téléphoniques de la personne qui peut être contactée, ou du tuteur (dans ce cas copie du jugement à fournir)
X		le bulletin d'entrée en établissement
X	X	pour les établissements hors département, l'arrêté de tarification signé par le PCDé
X	X	votre numéro de téléphone
X		le jugement de tutelle, curatelle, ...

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

IDENTITÉ Situation familiale	LE DEMANDEUR	LE CONJOINT OU LA PERSONNE VIVANT MARITALEMENT
Nom Nom de jeune fille		
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	
Indiquez vos adresses précédentes des 3 derniers mois (avant entrée en EHPAD) :	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	

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

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

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)		
- Carte d'invalidité <input type="checkbox"/> avant 60 ans <input type="checkbox"/> après 60 ans		

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.

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

Information préalable du patient sur son droit d'opposition

Décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel

Conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social

Art. R. 1110-1. Les professionnels participant à la prise en charge d'une même personne peuvent, en application de l'article L. 1110-4, échanger ou partager des informations relatives à la personne prise en charge dans la double limite :

1 - Des seules informations strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention, ou au suivi médico-social et social de ladite personne ;

2 - Du périmètre de leurs missions.

refus du partage d'information