

Direction des services aux personnes âgées
Et aux personnes handicapées
Services des prestations à la personne
7-9 voie Félix Eboué CRETEIL
(Métro : CRETEIL L'ECHAT)

DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE
à domicile ou en établissement

D'une personne âgée de 60ans ou plus

Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001
Décret n° 2003-278 du 28 mars 2003

Notice explicative

Définition :

L'allocation personnalisée d'autonomie (A.P.A.) est destinée « aux personnes qui, nonobstant les soins qu'elles sont susceptibles de recevoir, ont besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou dont l'état nécessite une surveillance régulière ».

L'allocation personnalisée d'autonomie est une prestation, attribuée et gérée par le Conseil général, entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2002.

L'allocation personnalisée d'autonomie n'est pas un complément de ressources, c'est une prestation affectée.

A domicile

L'A.P.A. est une participation au financement des aides concourant à l'autonomie du bénéficiaire déterminées par un plan d'aide.

En établissement

L'A.P.A. permet de contribuer au financement du tarif dépendance tel que prévu par la réforme de la tarification des E.H.P.A.D. (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes).

L'APA est une allocation attribuée aux personnes qui en font la demande, sous conditions de résidence, d'âge et de dépendance.

Conditions de résidence :

Le demandeur doit être en situation stable et régulière sur le territoire français.

Les personnes de nationalité étrangère doivent être titulaires de la carte de résidence ou d'un titre de séjour (visiteur, scientifique, profession artistique et culturelle, vie privée et familiale)

Les personnes sans résidence stable doivent se faire domicilier auprès d'un organisme agréé.

Conditions d'âge :

Le demandeur doit être âgé de 60 ans et plus.

Conditions de dépendance :

La perte d'autonomie de la personne est évaluée grâce à la grille A.G.G.I.R. (autonomie gérontologie groupes iso ressource) qui définit 6 degrés de dépendance : les G.I.R. (groupe iso ressource).

Seules les personnes relevant des G.I.R. 1 à 4 peuvent prétendre à l'A.P.A.

Conditions de ressources :

Aucun plafond de ressources n'est fixé pour décider de l'attribution de l'A.P.A.

En revanche, les revenus du demandeur déterminent le montant de la participation restant à la charge du bénéficiaire de l'A.P.A.

Le dossier de demande

Complété et signé par le demandeur ou son représentant légal, il peut être déposé au Centre communal d'action sociale (C.C.A.S.) de la mairie de son lieu de résidence ou adressé directement aux services du Conseil général.

Pour pouvoir être réputé complet, le dossier doit impérativement être accompagné des pièces justificatives suivantes :

- ✦ Copie du livret de famille ou carte nationale d'identité ou passeport ou carte de résidence ou titre de séjour en cours de validité
- ✦ Photocopie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition à l'impôt sur le revenu
- ✦ Photocopie des derniers avis d'imposition relatifs à la taxe foncière sur les propriétés bâties et/ou à la taxe sur les propriétés non bâties
- ✦ Relevé d'identité bancaire ou postal

Autres pièces justificatives :

- ✦ Photocopie de la carte d'assuré social
- ✦ Photocopie du jugement de tutelle ou de curatelle, le cas échéant

Allocation personnalisée d'autonomie à domicile :

- ✦ Le certificat médical du médecin traitant n'est pas obligatoire, mais il peut utilement contribuer à une meilleure prise en compte de la situation du demandeur. Renseigné par le médecin traitant du demandeur, joint au dossier sous pli confidentiel cacheté, il est destiné au médecin de l'équipe médico-social A.P.A..

A noter : l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile concerne également les personnes âgées accueillies par un particulier à domicile à titre onéreux dans le cadre de la loi du 10 juillet 1989 ou les personnes résidant dans un logement foyer.

Allocation personnalisée d'autonomie en établissement :

- ✦ Un bulletin d'admission dans l'établissement mentionnant la date d'entrée du demandeur.

A noter : lorsqu'une personne âgée est déjà bénéficiaire de l'A.P.A. à domicile. Il n'est pas nécessaire de constituer un nouveau dossier.

Le bénéficiaire transmet un simple courrier de demande au service instructeur de l'allocation personnalisée d'autonomie en y joignant le bulletin d'admission dans l'établissement.

Les services du Conseil général solliciteront directement auprès de l'établissement d'accueil une nouvelle évaluation du groupe iso ressource du demandeur ainsi que l'arrêté de tarification permettant le calcul de l'allocation dans cet établissement .

Pour tout renseignement complémentaire
service accueil information
01 43 99 75 75

Correspondance

Monsieur le Président du Conseil général
Hôtel du département
DSPAPH Service APA
94054 CRETEIL CEDEX

Dossier n°: _____

DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE POUR UNE PERSONNE ÂGÉE DE 60 ANS OU PLUS

Code de l'action sociale et des familles - articles L.232-2 et suivants, R.232 et suivants

 APA à domicile APA en établissement

1 - État civil

	Le demandeur	Conjoint ou personne vivant maritalement
Nom de naissance	<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur	<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur
Nom d'épouse ou nom d'usage:	_____	_____
Prénom	_____	_____
Date et lieu de naissance :	Date _____ Lieu _____	Date _____ Lieu _____
Nationalité	<input type="checkbox"/> française <input type="checkbox"/> Ressortissant U.E. <input type="checkbox"/> autre (à préciser)	<input checked="" type="checkbox"/> française <input checked="" type="checkbox"/> Ressortissant U.E. <input checked="" type="checkbox"/> autre (à préciser)
Situation de famille	<input checked="" type="checkbox"/> marié <input checked="" type="checkbox"/> célibataire <input checked="" type="checkbox"/> divorcé <input checked="" type="checkbox"/> séparé <input checked="" type="checkbox"/> veuf <input checked="" type="checkbox"/> ayant conclu un PACS <input type="checkbox"/> autre (à préciser)	<input checked="" type="checkbox"/> marié <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> divorcé <input checked="" type="checkbox"/> séparé <input checked="" type="checkbox"/> veuf <input type="checkbox"/> ayant conclu un PACS <input type="checkbox"/> autre (à préciser)
Activité	<input checked="" type="checkbox"/> en activité professionnelle <input checked="" type="checkbox"/> salarié(e) <input checked="" type="checkbox"/> au chômage <input checked="" type="checkbox"/> retraité(e) <input checked="" type="checkbox"/> autre (à préciser)	<input checked="" type="checkbox"/> en activité professionnelle <input checked="" type="checkbox"/> salarié(e) <input checked="" type="checkbox"/> au chômage <input checked="" type="checkbox"/> retraité(e) <input checked="" type="checkbox"/> autre (à préciser)
N° de Sécurité sociale	_____	_____
Nom du régime de retraite principal	_____	_____

 Demande de carte mobilité Inclusion : je sollicite la carte mobilité Inclusion (CMI) comportant les mentions : invalidité ou priorité stationnement pour personnes handicapéesIl s'agit de : une nouvelle demande un renouvellement (CMI Priorité/Invalidité/Stationnement)

Vous pouvez renvoyer votre dossier soit :

- **par courriel** : da-pa-domicile@valdemarne.fr ou da-pa-etablissement@valdemarne.fr

avec les pièces justificatives scannées ou photographiées avec votre téléphone (format PDF ou jpeg)

- **soit par la Poste à l'adresse de correspondance ci-dessous :**
 **3994**
service appelant
 **valdemarne.fr**

Correspondance
 Direction de l'autonomie
 Service APA
 Hôtel du Département
 94054 Créteil CEDEX

Accueil du public
 Direction de l'autonomie
 Immeubles Solidarités
 7-9 voie Félix-Éboué
 Créteil (métro : Créteil L'Échat)



VAL de MARNE
 Département utile

2 - Adresses

Lieu de résidence actuel

Adresse : _____

Chez : _____ Précisez, le cas échéant, étage, escalier, porte et accès : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____ Courriel : _____

Date d'arrivée à cette adresse :

Vous êtes : locataire usufruitier(e) propriétaire en viager hébergé(e) à titre gratuit

en établissement d'hébergement pour personnes âgées en famille d'accueil agréée

en résidence autonomie (anciennement logement-foyer) en résidence-services pour seniors

Autre (à préciser) : _____

Votre conjoint vit : à domicile en établissement (si oui, fournir une attestation d'entrée)

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Lieu de résidence précédent

Rubrique à remplir impérativement si vous avez changé d'adresse depuis moins de trois mois, ou si vous êtes hébergé(e) en famille d'accueil agréée ou en établissement pour personnes âgées ou autre structure.

Adresse : _____

Chez : _____ Précisez, le cas échéant, étage, escalier, porte et accès : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Date d'arrivée à cette adresse : _____ **Date de départ de cette adresse :** _____

locataire propriétaire hébergé(e) à titre gratuit

Autre adresse à laquelle envoyer les courriers (pour l'APA à domicile exclusivement)

Si les courriers doivent être adressés impérativement à une autre personne que le demandeur, précisez votre lien et indiquez ses nom, prénom, adresse, numéro de téléphone et courriel : _____

3 - Renseignements concernant les ressources et le patrimoine

Allocations et aides dont le demandeur ou son conjoint bénéficie

Prestations non cumulables avec l'APA	Vous	Votre conjoint
Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Prestation de compensation du handicap (PCH)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Aide ménagère au titre de l'aide sociale légale départementale	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non
Prestation d'aide ménagère d'une caisse de retraite	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Majoration pour tierce personne (MTP). Si oui, joindre la notification	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Prestation complémentaire pour recours à tierce personne (PC RTP)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input checked="" type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non

Biens immobiliers du demandeur ou de son conjoint

je possède un ou plusieurs biens immobiliers. Je complète le tableau ci-dessous et je fournis la copie des dernières taxes foncières :

Nature du bien (maison, appartement, terrain)	Adresse du bien	Résidence principale	Résidence secondaire et terrains	Bien loué

Placements financiers du demandeur ou de son conjoint

Hors livret A, livret développement durable, plan d'épargne logement, plan épargne en actions.

je possède un patrimoine financier tel qu'une/des assurances vie et je communique son/ses relevé(s) annuel(s) :

Titulaire du contrat		Organisme assureur	Montant annuel
<input checked="" type="checkbox"/> le demandeur	<input checked="" type="checkbox"/> son conjoint		
<input checked="" type="checkbox"/> le demandeur	<input type="checkbox"/> son conjoint		
<input type="checkbox"/> le demandeur	<input type="checkbox"/> son conjoint		

Ressources soumises à prélèvement libératoire

(articles 125-0-A et 125 D du code général des impôts)

demandeur : _____ conjoint : _____

4 - Mesure de protection juridique éventuelle

Tutelle Curatelle Curatelle renforcée Sauvegarde de justice Habilitation familiale

Dans le cas d'une mesure de protection, je joins la décision ou le jugement.

Nom et adresse du gérant de la mesure : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Le cas échéant, lien de parenté entre le demandeur et son mandataire judiciaire : _____

5 - Renseignements concernant un(e) aidant(e) non salarié(e), proche du demandeur (facultatif)

	Aidant(e) référent(e)	Autres aidants
Nom et prénom		
Adresse		
Téléphone de l'aidant(e)		
Courriel de l'aidant(e)		
Âge de l'aidant(e)		
Nature du lien avec l'aidant(e)		
Nature de l'aide apportée : accompagnement dans les déplacements à l'extérieur, courses, démarches administra- tives, aide à la vie quotidienne, etc.		
Durée hebdomadaire moyenne de l'aide (en heures)		

6 - Pièces justificatives à joindre à la demande d'allocation personnalisée d'autonomie

- 1. copie du livret de famille ou de la carte nationale d'identité ou d'un passeport de la Communauté européenne ou d'un extrait d'acte de naissance ou, s'il s'agit d'un demandeur de nationalité étrangère, copie de la carte de résidence ou du titre de séjour en cours de validité
 - 2. photocopie du dernier avis d'imposition ou de non imposition à l'impôt sur le revenu (toutes les pages);
 - 3. photocopie du dernier avis d'imposition relatif à la taxe foncière sur les propriétés bâties (pour la résidence principale et, le cas échéant, les résidences secondaires) et/ou à la taxe sur les propriétés non bâties (toutes les pages);
 - 4. relevé d'identité bancaire du demandeur;
 - 5. toute pièce justificative des biens ou capitaux générant le versement au demandeur d'intérêts (notamment le relevé annuel d'assurance vie);
 - 6. pièce non obligatoire mais utile pour une évaluation adaptée des besoins à domicile: le certificat médical de votre médecin traitant (établi sur la base du document joint). Vous le joindrez, sous pli confidentiel, en indiquant le nom et le numéro de téléphone de votre médecin traitant;
 - 7. photocopie de la carte d'assuré social (carte Vitale).
- Autres pièces justificatives s'il y a lieu :**
- 8. copie de la mesure de protection juridique (tutelle, curatelle);
 - 9. les bulletins d'entrée ou de sortie d'hospitalisation;
 - 10. le dernier avis d'imposition sur le revenu de la personne vivant maritalement (pour une demande d'APA en établissement);
 - 11. Le bulletin d'entrée dans l'établissement ou la résidence autonomie;
 - 12. l'évaluation du GIR réalisée par l'établissement.

Attestation sur l'honneur

Je soussigné(e) : Madame Monsieur Nom : _____

Agissant : en mon nom propre en qualité de représentant légal de : _____

certifie exacts et complets les renseignements fournis dans le cadre de la demande d'allocation personnalisée d'autonomie. Je suis informé(e) que toute fausse déclaration ou falsification de document, toute obtention usurpée d'un droit m'exposerait à des sanctions pénales et financières prévues par la loi.

Fait à : _____ le : _____

Signature du demandeur : _____

Dispositions relatives à la loi du 6 janvier 1978

Les traitements relatifs à cette demande sont informatisés. Ils sont soumis aux dispositions de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée en 2004 qui protègent les droits et libertés individuels conformément à l'article 11. Les personnes auprès desquelles sont recueillies des informations nominatives, sont informées que :

1. Les destinataires des informations collectées sont exclusivement les administrations et organismes habilités à connaître des dossiers d'aide sociale
 2. En tout état de cause, les personnes concernées ont un droit d'accès et de rectification des informations nominatives les concernant, stockées ou traitées informatiquement
- Pour l'exercice de ce droit, il convient de s'adresser en justifiant de son identité à :

Monsieur le président du Conseil départemental - Hôtel du Département - Direction de l'autonomie - service APA - 94054 CRÉTIL CEDEX