

ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE

Formulaire de demande d'aide financière

NOM : NOM D'USAGE :
PRENOM :
COMMUNE : CANTON :

- A domicile
 En établissement
 Accueil chez un accueillant familial agréé

Pièces à fournir

- Photocopie 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 photocopie de la carte de résidence ou du titre de séjour ;
- Formulaire destiné à l'équipe médico-sociale chargée de la visite à domicile ;
- Certificat médical (imprimé ci-joint) rempli par le médecin traitant (facultatif) ;
- Justificatif de domicile des trois derniers mois précédant la demande (quittance de loyer, attestation du propriétaire – pour les propriétaires : factures EDF) ;
- Photocopie de votre dernière déclaration des revenus ;
- Photocopie du dernier avis d'imposition ou de non imposition à l'impôt sur le revenu ;
- Photocopie du dernier relevé des taxes foncières de l'intégralité des propriétés bâties et non bâties;
- Copie du jugement de tutelle ou de curatelle ;
- Relevé annuel d'assurance-vie
- Relevé d'identité bancaire (récent).

A déposer ou à adresser par courrier au Conseil départemental :

Centre médico-social
Vieillesse handicap
Immeuble François Cuzin
4, rue de la Grave
04000 DIGNE-LES-BAINS
☎ 04.92.30.09.10

Centre médico-social
Vieillesse handicap
3, rue Alsace Lorraine
04200 SISTERON
☎ 04.92.33.19.30
☎ 04.92.33.19.31

Centre médico-social
Vieillesse handicap
49, boulevard Elémir Bourges
04100 MANOSQUE
☎ 04.92.70.76.80
☎ 04.92.70.76.81

Dossier n°

	Le demandeur	Le conjoint (1)
Nom de naissance		
Nom d'usage		
Prénoms		
Date et lieu de naissance		
N° de Sécurité Sociale		
Nationalité <i>(Française, ressortissant de l'Union Européenne, hors U.E.)</i>		
Situation de famille <i>célibataire, marié, séparé, divorcé, veuf, concubin, pacsé. (En cas de décès du conjoint : noter la date du décès)</i>		
Caisse de retraite principale		

Renseignements complémentaires (2)

Nom, Prénom, adresse et numéro de téléphone de la personne à joindre pour plus d'information :

.....

 **Courriel** (mail)

Mentionner le cas échéant si vous faites l'objet d'une mesure :

- Sauvegarde de justice
- Curatelle
- Tutelle

Nom, Prénom, adresse et numéro de téléphone du tuteur ou de l'association chargée de la gestion des biens (en précisant les nom et prénom de la personne référente) :

.....

 **Courriel** (mail)

Bénéficiez-vous actuellement de :

- la majoration pour aide constante d'une tierce personne (MTP) OUI NON
ou pension d'invalidité 3^{ème} catégorie
- la prestation complémentaire pour recours à tierce personne (PCRTP)^o OUI NON
- l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) OUI NON
- la prestation de compensation du handicap (PCH) OUI NON
- l'aide ménagère versée par votre caisse de retraite OUI NON
- l'aide ménagère au titre de l'aide sociale OUI NON

(Attention aucune de ces prestations n'est cumulable avec l'APA)

Adresse

Adresse actuelle du demandeur, lieu où il réside

.....



Adresse actuelle du conjoint (1)

.....



Adresse précédente (avant toute première entrée en foyer-logement, ou en maison de retraite, ou en famille d'accueil.)

.....

RESSOURCES ET PATRIMOINE DU FOYER

RESSOURCES (indiquer les montants en euros)

<i>Ressources annuelles</i>	Le demandeur	Le conjoint (1)
Retraites		
Allocations diverses (<i>pension d'invalidité...</i>)		
Salaire ou bénéfice déclaré		
Autres revenus ne figurant pas dans l'avis d'imposition:		
TOTAL ANNUEL		

Biens mobiliers et épargne (dont Assurance-Vie)

<i>Revenus</i>	Capital		Intérêts perçus ou capitalisés	
	Le demandeur	Le conjoint (1)	Le demandeur	Le conjoint (1)
Actions				
Obligations				
Gains de cession de valeurs immobilières				
Assurances Vie				
TOTAL ANNUEL				

Biens immobiliers

	Le demandeur	Le conjoint (1)
Revenus fonciers Biens immobiliers productifs de ressources
Biens immobiliers non loués Définition, nature du bien + adresse (maison, terrain, local professionnel ...)

Notaire de la famille (nom, adresse)

.....
.....
.....
.....

Autorisation de transmission, par le Conseil départemental, du dossier aux caisses de retraite (en cas de rejet d'allocation personnalisée d'autonomie) (L'absence de réponse équivaut à une réponse négative)

OUI NON

Je soussigné(e), agissant en mon nom propre / en ma qualité de représentant (3) de

.....

certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus.

Fait à :

Le :

Signature du demandeur ou de son représentant :

1 – Il peut s'agir du conjoint, du concubin, ou de la personne avec laquelle le demandeur a conclu un pacte civil de solidarité.

2 – Cochez la ou les cases correspondantes.

3 – Rayer la mention inutile.

DISPOSITION RELATIVE A 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 individuels.

Conformément à l'article 27 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 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.

Pour l'exercice de ce droit, il convient de vous adresser selon la prestation dont vous bénéficiez, en justifiant de votre identité à :

Monsieur le Président du Conseil départemental
Hôtel du Département
13, rue Docteur Romieu – BP 216
04003 DIGNE-LES-BAINS CEDEX

Conseil départemental des Alpes de Haute-Provence
Pôle Solidarités
Service vieillesse handicap
Place des Récollets
04000 DIGNE-LES-BAINS
☎ : 04.92.30.07.50 – Fax : 04.92.30.07.21