

Cadre réservé aux services :
N° dossier :



DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE (APA) À DOMICILE POUR LES PERSONNES DE 60 ANS ET PLUS

IMPORTANT pour que votre dossier soit traité :

- Répondez à toutes les questions et signez en dernière page du document
- Joignez tous les documents demandés (Liste ci-dessous)
- L'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) **n'est pas cumulable** avec les prestations suivantes : la Majoration Tierce Personne (MTP), la Prestation complémentaire pour recours à tierce personne (PCRTP), l'Allocation Compensation du Handicap (PCH), L'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) et l'aide-ménagère à domicile. **Vérifiez** si vous les percevez.

Demandeur	
NOM :	PRENOM :
DATE DE NAISSANCE : _ / _ / _ _	COMMUNE :

- Liste des pièces indispensables :**
- Photocopie du **livret de famille** ou de la **carte nationale d'identité** ou d'un **passport** de la Communauté Européenne (ou d'un extrait de naissance); ou de la **carte de résidence** ou du **titre de séjour** en cours de validité pour les demandeurs de nationalité étrangère
 - Photocopie recto verso de votre **dernier avis d'imposition ou de non-imposition à l'impôt sur le revenu** et, le cas échéant, celui de votre conjoint, concubin ou partenaire d'un PACS
 - Si vous, votre conjoint, concubin ou partenaire d'un PACS êtes propriétaire : photocopie recto verso des **derniers avis d'imposition relatifs aux taxes foncières sur les propriétés bâties et/ou non bâties**
 - Photocopie de votre **carte vitale**
 - Relevé d'identité bancaire** ou postal au nom du demandeur
 - Questionnaire médical

Dossier à adresser à :

Collectivité européenne d'Alsace
Service des Prestations d'Aides Sociales
Hôtel du Département
100 avenue d'Alsace - BP 20351
68006 COLMAR CEDEX

A – RENSEIGNEMENT

Etat civil	Demandeur	Conjoint, concubin ou partenaire d'un PACS
Civilité	<input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> Madame	<input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> Madame
Nom d'usage : nom d'époux(se)		
Nom de naissance		
Prénom		
Date et lieu de naissance	Le [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Ville : Pays :	Le [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Ville : Pays :
Nationalité		
Adresse actuelle	N° et voie : CP : [] [] [] [] [] [] [] [] Ville : <u>Date d'arrivée à cette adresse :</u> <u>Précisez s'il s'agit :</u> <input type="checkbox"/> du domicile du demandeur <input type="checkbox"/> de l'accueil par un particulier agréé à titre onéreux <input type="checkbox"/> chez vos enfants <input type="checkbox"/> autre à préciser : <u>Il y a 3 mois, quelle était votre adresse ? :</u>	N° et voie : CP : [] [] [] [] [] [] [] [] Ville : <u>Précisez s'il s'agit :</u> <input type="checkbox"/> du domicile du demandeur <input type="checkbox"/> en établissement <input type="checkbox"/> autre à préciser :
Téléphone(s)+mail	Fixe : Mobile : Mail :	Fixe : Mobile : Mail :
Situation actuelle	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Veuf (ve) <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Concubinage	
	<input type="checkbox"/> Retraité(e) <input type="checkbox"/> En activité	<input type="checkbox"/> Retraité(e) <input type="checkbox"/> En activité
N° assuré social	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
Nom de la caisse de retraite principale		

B – RESSOURCES / PATRIMOINE

	Demandeur	Conjoint, concubin ou partenaire d'un PACS
Montant annuel des salaires, pensions et retraite de toutes natures y compris pensions et revenus étrangers
Revenus soumis au prélèvement libératoire en application des articles 125-0 A et 125 D du code général des impôts (bons et contrats de capitalisation, produits d'épargne solidaire, etc...)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Valeur : (L'attestation bancaire précise la valeur déclaré aux impôts)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Valeur : (L'attestation bancaire précise la valeur déclaré aux impôts)
Possédez-vous des biens immobiliers ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non De quelle nature : 1)..... 2)..... Adresse(s) du (des) bien(s) : 1)..... 2).....	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non De quelle nature : 1)..... 2)..... Adresse(s) du (des) bien(s) : 1)..... 2).....
Assurance-vie	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Valeur : (le relevé annuel d'assurance-vie précise la valeur inscrite au contrat)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Valeur : (le relevé annuel d'assurance-vie précise la valeur inscrite au contrat)
Biens mobiliers : objets d'art, chevaux de course bateau	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Valeur :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Valeur :

C - AUTRES RENSEIGNEMENTS

Etes-vous bénéficiaire de :	Demandeur
L'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP)	<input type="checkbox"/> oui depuis le..... <input type="checkbox"/> non
La Majoration Tierce Personne (MTP) versée par votre caisse de retraite	<input type="checkbox"/> oui depuis le..... <input type="checkbox"/> non Avez-vous une demande en cours ? <input type="checkbox"/> oui depuis le..... <input type="checkbox"/> non
La Prestation complémentaire pour recours à tierce personne (PC RTP)	<input type="checkbox"/> oui depuis le..... <input type="checkbox"/> non Avez-vous une demande en cours ? <input type="checkbox"/> oui depuis le..... <input type="checkbox"/> non
La Prestation Compensation du Handicap (PCH)	<input type="checkbox"/> oui depuis le..... <input type="checkbox"/> non
L'aide-ménagère au titre de l'aide sociale de la collectivité	<input type="checkbox"/> oui depuis le..... <input type="checkbox"/> non
L'aide-ménagère au titre d'une caisse de retraite	<input type="checkbox"/> oui depuis le..... <input type="checkbox"/> non

Faites-vous l'objet d'une mesure de protection juridique :	Demandeur	
Tutelle	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Si oui précisez nom et adresse du tuteur ou de l'association : ➤ Joindre un document justificatif
Curatelle	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Sauvegarde de justice	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

Coordonnées d'une personne référente

Personne qui s'engage à soutenir le demandeur dans ses démarches administratives en lien avec l'APA à domicile. Elle servira de lien, si besoin est, d'intermédiaire entre le demandeur et les services de la Collectivité.

Nom et prénom :

Adresse :

N° et voie :
.....
CP : |_|_|_|_|_| Ville :
Mail :

N° de Téléphone

Fixe : Mobile :
Professionnel:.....

Lien de parenté avec le demandeur

oui lequel : non lequel :

Autorisez-vous la transmission par la Collectivité européenne d'Alsace du dossier aux caisses de retraite (en cas de rejet d'allocation personnalisée d'autonomie) : Oui Non

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

certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus qui sont fournis dans le cadre d'une demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie (A.P.A) à domicile.

J'ai **pris connaissance du livret d'information** et **m'engage à signaler toute modification** qui interviendrait ultérieurement dans ma / sa situation : hospitalisation, entrée en établissement, décès, congés du salarié ou mandataire, arrêt du contrat salariat, absence prolongée du domicile. Je suis informé(e) que toute fausse déclaration m'expose aux sanctions pénales et financières prévues par la loi.

Fait à Le |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Signature : (obligatoire de la main du bénéficiaire ou de son représentant légal) :

* rayer la mention inutile

L'A.P.A est délivrée en application des articles L232-3 et suivants du Code de l'action sociale et des familles.

La Collectivité européenne d'Alsace informe que pour vérifier les déclarations des intéressés et s'assurer de l'effectivité de l'aide qu'ils reçoivent, les services chargés de l'évaluation des droits à l'allocation personnalisée d'autonomie et du contrôle de son utilisation peuvent demander toutes les informations nécessaires aux administrations publiques, notamment aux administrations fiscales, aux collectivités territoriales, aux organismes de sécurité sociale et de retraite complémentaire qui sont tenus de les leur communiquer. (art. L 232-16 CASF).

Les données sont susceptibles d'être communiquées à la CARSAT Alsace Moselle et/ou aux services sociaux hospitaliers.

DISPOSITIONS RELATIVES A LA PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

Conformément au Règlement Général pour la Protection des Données (RGPD) et à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification, ainsi qu'un droit de limitation au traitement des données qui vous concernent. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement de vos données et donner des directives relatives à la communication de vos données après votre décès.

Vous pouvez exercer vos droits en vous adressant au Service des prestations d'aides sociales de la Collectivité européenne d'Alsace ou au Délégué à la Protection des Données à l'adresse suivante : dpd@haut-rhin.fr

Vous disposez enfin du droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (www.cnil.fr).

Dans le cadre de l'instruction de votre dossier, vos données sont partagées, le cas échéant, avec les autres services de la Collectivité européenne d'Alsace qui vous accompagnent à l'exception des données médicales qui restent conservées par le service instructeur. Vos données peuvent être partagées, le cas échéant, avec les professionnels intervenant durant le parcours de soin de la personne concernée.

Une fois le paiement effectué, votre dossier est conservé 10 ans avant de faire l'objet d'un échantillonnage par le Service des Archives.

