

N° dossier :

ALSACE



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
- Annexe : Déclaration du/des proches aidants (facultatif)

Dossier à adresser à :

Madame la Présidente du Conseil départemental du Haut-Rhin
Direction de l'Autonomie – Service des Prestations d'Aides Sociales
Hôtel du Département
100 avenue d'Alsace - BP 20351
68006 COLMAR CEDEX

Edition octobre 2018

B – RESSOURCES / PATRIMOINE

	Demandeur	Conjoint, concubin ou partenaire d'un PACS
Montant annuel des salaires, pensions et retraite de toutes natures <u>y compris pensions et revenus étrangers</u>
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 : (taux de 3% appliqué) (le relevé annuel d'assurance-vie précise la valeur inscrite au contrat)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Valeur : (taux de 3% appliqué) (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 : (taux de 3% appliqué)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Valeur : (taux de 3% appliqué)

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 <u>Avez-vous une demande en cours ?</u> <input type="checkbox"/> oui depuis le..... <input type="checkbox"/> non
La Prestation complémentaire pour recours à tierce personne (PCRTP)	<input type="checkbox"/> oui depuis le..... <input type="checkbox"/> non <u>Avez-vous une demande en cours ?</u> <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 du Conseil départemental	<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 du Conseil départemental.

Nom et prénom :	
Adresse :	N° et voie : CP : _ _ _ _ _ Ville : Mail :
N° de Téléphone	Fixe : Mobile : Professionnel:.....
Lien de parenté avec le demandeur	<input type="checkbox"/> oui lequel : <input type="checkbox"/> non lequel :

DECLARATION DU OU DES PROCHES AIDANTS	Complétez si nécessaire la déclaration du ou des proches aidants jointe en annexe (facultatif)
--	--

Autorisez-vous la transmission par le conseil départemental du dossier aux caisses de retraite (en cas de rejet d'allocation personnalisée d'autonomie) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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

Le Département du Haut-Rhin 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).

DISPOSITIONS RELATIVES A 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 protège les droits et libertés individuels.

Toute personne peut obtenir communication et, le cas échéant, rectification ou suppression des informations la concernant, en adressant un courrier au Conseil Départemental du Haut-Rhin, Service des Prestations d'aide sociale.