



Cadre réservé aux services départementaux :

N° de dossier :

Questionnaire médical transmis au secrétariat médical le :

DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE (APA) A DOMICILE

Articles L 232-1 et suivants du Code de l'Action Sociale et des Familles

destinée aux personnes âgées de 60 ans et plus en perte d'autonomie

CHAQUE RUBRIQUE DU FORMULAIRE DOIT ETRE RENSEIGNEE

NOM D'USAGE ET PRENOM :

ADRESSE ACTUELLE :

CODE POSTAL : VILLE : ETAGE : PORTE :

DATE D'ARRIVEE A L'ADRESSE ACTUELLE :

TELEPHONE FIXE : TELEPHONE PORTABLE :

COURRIEL :@.....

1. RESIDENCE

L'adresse indiquée ci-dessus, correspond à votre domicile : Oui Non, dans ce cas s'agit-il :

d'un hébergement chez un membre de votre famille ou autre

d'un hébergement en résidence autonomie

d'un accueil familial chez un particulier à titre onéreux

autre, précisez :

Indiquez :

1. votre adresse précédente :

2. la date d'arrivée à cette précédente adresse (jour/mois/année) :/...../.....

3. la date de départ de cette précédente adresse (jour/mois/année) :/...../.....

2. ETAT CIVIL

	Vous-même (demandeur de l'APA)	Votre Conjoint(e)
Nom de naissance		
Prénom(s)		
Date et Lieu de naissance/...../...../...../.....
Numéro de sécurité sociale		
Nationalité	<input type="checkbox"/> française <input type="checkbox"/> ressortissant de l'Union européenne <input type="checkbox"/> ressortissant hors Union européenne	
Situation de famille	<input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> marié(e) <input type="checkbox"/> divorcé(e) <input type="checkbox"/> veuf(ve) <input type="checkbox"/> pacsé(e) <input type="checkbox"/> concubin(e) } depuis le :	Vit-il (elle) en établissement ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Situation professionnelle	<input type="checkbox"/> salarié(e) <input type="checkbox"/> retraité(e) si retraité(e), indiquez : votre caisse de retraite principale (CNAV, CNRACL, EDF, MSA, SNCF...) : vos caisses de retraite complémentaire (AGIRC, ARRCO, Réunica...) :	<input type="checkbox"/> salarié(e) <input type="checkbox"/> retraité(e) si retraité(e), indiquez : votre caisse de retraite principale (CNAV, CNRACL, EDF, MSA, SNCF...) : vos caisses de retraite complémentaire (AGIRC, ARRCO, Réunica...) :

3. AIDES DEJA ACCORDEES

Etes-vous bénéficiaire ou avez-vous demandé les aides suivantes :	OUI	NON	
Prestation de Compensation du Handicap (PCH)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, joindre un justificatif
Allocation Compensatrice Tierce Personne (ACTP)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prestation Complémentaire pour Recours à Tierce Personne (PCRTP)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Majoration Tierce Personne (MTP)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aide-ménagère au titre de l'aide sociale versée par le Conseil départemental*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aide-ménagère versée par votre caisse de retraite*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Téléassistance prise en charge par le Conseil départemental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Portage de repas à domicile pris en charge par le Conseil départemental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
APA à domicile d'un autre département	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, lequel :

(*) **Aides non cumulables avec l'APA**

4. REVENUS ET PATRIMOINE DU FOYER

Votre patrimoine mobilier et vos capitaux

- Je déclare ne posséder aucun patrimoine mobilier
 Je déclare posséder les biens suivants :

Capitaux hors compte courant (ex : assurance vie, œuvre d'art)	Montant pour vous-même	Montant pour votre conjoint, concubin ou partenaire de pacs
	€	€
	€	€
	€	€
	€	€

Votre patrimoine immobilier (uniquement si vous possédez une résidence secondaire et/ou un terrain)*

- Je déclare ne posséder aucun patrimoine immobilier
 Je déclare posséder les biens suivants :

Biens immobiliers (ex : appartement, pavillon, terrain...)	Adresse(s)	Précisez si le bien est loué ?
		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

(*) **Cette rubrique ne concerne pas votre résidence principale si elle est occupée par vous-même, votre conjoint, votre concubin, votre partenaire de PACS, vos enfants ou petits-enfants.**

5. MESURE DE PROTECTION

Faites-vous l'objet d'une mesure de protection juridique ? **Si oui, joindre une copie du jugement :**

Oui Non En cours

6. PERSONNE DE CONFIANCE (à contacter en cas de nécessité et/ou pour m'assister en cas de besoin)

M. / Mme :

Adresse :

Code postal : Commune :

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Courriel : @.....

Statut de la personne de confiance :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Conjoint(e) | <input type="checkbox"/> Tuteur, curateur |
| <input type="checkbox"/> Enfant | <input type="checkbox"/> Ami(e) |
| <input type="checkbox"/> Petit-enfant | <input type="checkbox"/> Autre, précisez : |
| <input type="checkbox"/> Frère, sœur, neveu, nièce | |

J'autorise l'envoi de toute correspondance concernant mon dossier à la personne ci-dessus désignée, si elle en fait la demande par écrit.

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je, soussigné(e) (*Nom, prénom*) :

- 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, fournis dans le cadre de ma demande d'APA à domicile.

Je suis tenu(e) d'informer le Conseil départemental de tout changement de situation dans les meilleurs délais et je m'engage à fournir toutes les pièces justificatives demandées.

Je suis informé(e) que toute fausse déclaration ou falsification de document, toute obtention usurpée d'un droit, m'expose à des sanctions pénales et financières prévues par la loi (articles L 313-1 à 313-3, L 433-19, L 441-6 à L 441-7 du Code pénal) ainsi qu'au remboursement des prestations indûment perçues.

Fait à le

Signature obligatoire du demandeur de l'APA ou du représentant légal*

(*) *En cas d'incapacité de signer du demandeur et en l'absence de mesure de protection, fournir un certificat médical attestant l'incapacité de signer du demandeur.*

J'autorise la transmission de mon dossier aux caisses de retraite en cas de rejet.

PIECES INDISPENSABLES A JOINDRE A LA DEMANDE

Réserve au
service

- Photocopie d'un justificatif d'identité (carte nationale d'identité, passeport, extrait d'acte de naissance ou livret de famille) **OU** pour les ressortissants hors Union européenne, de la carte de résidence ou du titre de séjour en cours de validité.
- Photocopie de votre dernier avis d'imposition ou de non-imposition à l'impôt sur le revenu dans son intégralité (les 2 feuilles recto verso), et celui de votre concubin le cas échéant.
- Photocopie, le cas échéant, des derniers avis d'imposition relatifs aux taxes foncières sur les propriétés bâties et/ou non bâties (ne concerne pas la résidence principale).
- Relevé d'identité bancaire ou postal à votre nom ou compte joint. Attention, pas de versement sur un compte rémunéré (ex : Livrets A et B, Livret de Développement Durable).
- Photocopie du dernier relevé annuel de votre assurance vie.
- Photocopie, le cas échéant, du jugement de tutelle ou curatelle accompagné d'un relevé d'identité bancaire ou postal portant la mention sous tutelle ou sous curatelle.
- En cas de veuvage de plus de 6 mois ou durant l'année civile de référence, fournir les retraites personnelles (principale et/ou complémentaire), les réversions ainsi que les deux situations partielles des avis d'imposition.
- Photocopie de votre carte Vitale ou attestation d'assurance maladie.
- Le cas échéant, attestation d'hébergement (attestation sur l'honneur de l'hébergeant précisant le lieu et les dates d'arrivée et de départ) accompagnée des justificatifs d'identité et de domicile de l'hébergeant.
- Photocopie de l'attestation d'entrée en résidence autonomie indiquant la date d'entrée.
- Grille AGGIR (certificat médical, questionnaire médical) complétée par le médecin traitant.
- Si enfant(s) scolarisé(s) à charge, fournir le(s) certificat(s) de scolarité en cours.

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

En cas de difficultés pour remplir votre dossier,
vous pouvez joindre les services départementaux, de 9h00 à 12h00, au :
01.34.25.35.73

Le dossier complet est à retourner dans l'enveloppe pré-imprimée jointe au :

**Conseil départemental du Val d'Oise
Direction Personnes Agées
2 avenue du Parc
CS 20201 CERGY
95032 CERGY-PONTOISE CEDEX**

CNIL – Commission Nationale Informatique et Liberté

Les traitements relatifs à cette demande sont informatisés. Ils sont donc soumis aux dispositions de la loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978 modifiée 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 entraînera des retards ou une impossibilité d'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 et en justifiant de votre identité à :

Madame la Présidente du Conseil départemental - 2 avenue du Parc - CS 20201 CERGY - 95032 CERGY-PONTOISE CEDEX.