



# Dossier d'Allocation Personnalisée d'Autonomie

N° de dossier : .....

Demande :       à domicile                       en établissement  
                     1<sup>ère</sup> demande                       renouvellement

Nom : .....

Prénom : .....

Commune : .....

Je soussigné(e),.....

agissant en mon nom propre/en ma qualité de représentant <sup>(1)</sup>

de M., Mme .....

déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur la présente  
demande et autorise le Département à transmettre le présent dossier à ma caisse  
de retraite en cas de rejet de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA).

Fait à ..... le .....

Signature du demandeur ou de son représentant

<sup>(1)</sup> Rayer la mention inutile

À retourner, accompagné des pièces nécessaires (voir la liste jointe au dossier) à la :

**Direction de la Gérontologie et du Handicap**

**Unité APA**

**26 avenue de Chevêne**

**CS 42220**

**74023 Annecy cedex**

## Demandeur

Nom : .....  
Nom de naissance : .....  
Prénom : .....  
Date et lieu de naissance : .....  
Numéro de sécurité sociale et organisme :  
.....  
Nationalité : .....

### Situation familiale

Célibataire    Marié(e)    Divorcé(e)  
 Veuf(ve)    Vie maritale    PACS

Nombre d'enfants : .....

### Retraite

Oui    Non

Si Oui, régime principal de retraite :  
.....  
.....  
.....  
.....

## Conjoint\*

Nom : .....  
Nom de naissance : .....  
Prénom : .....  
Date et lieu de naissance : .....  
Numéro de sécurité sociale et organisme :  
.....  
Nationalité : .....

Est-il en activité :    Oui    Non

Si OUI précisez : .....

Est-il retraité :    Oui    Non

Si Oui, précisez le régime principal de retraite :  
.....  
.....

Lieu de résidence actuelle (si différente de celui du demandeur)  
.....  
.....  
.....

\* Conjoint, concubin ou personne avec laquelle le demandeur a conclu un Pacte Civil de Solidarité (PACS)

## APA à domicile

### Adresse du demandeur

Lieu de résidence actuelle :  
.....  
.....  
.....

Téléphone : .....

Réside à cette adresse depuis le : .....

Précisez s'il s'agit de :

Domicile personnel  
 Accueillant familial  
 Résidence autonomie (anciennement foyer logement)  
 Autre domicile (enfants, etc.)

### Nom et adresse du médecin traitant

.....  
.....

## APA en établissement

### Lieu de résidence actuelle du demandeur

Adresse de l'établissement :  
.....  
.....  
.....

Date d'entrée : .....

Établissements fréquentés antérieurement :  
.....  
.....  
.....

Adresse du domicile antérieur à l'entrée en établissement et date d'arrivée :  
.....  
.....  
.....

### Personne à contacter pour l'instruction du dossier et la visite d'évaluation :

Nom et qualité (lien de parenté, etc.) : .....

Adresse : .....

Copie des courriers à envoyer à cette adresse :    Oui    Non

Téléphone : .....

Faites-vous l'objet d'une mesure de protection ?    Oui    Non    En cours

Si Oui, de quel type :    Sauvegarde de justice    Curatelle    Tutelle


Nom et adresse du tuteur ou de l'association chargée de la mesure :  
.....  
.....

Téléphone : .....

## Allocations

**Percevez-vous ?** (dans tous les cas joindre une copie de la notification de prise en charge) :

L'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP) ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
La Prestation de Compensation du Handicap (PCH) ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
La Majoration pour aide constante d'une Tierce Personne (MTP) ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
La Prestation Complémentaire pour Recours à Tierce Personne (PC RTP) ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
L'aide ménagère versée par les caisses de retraite ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
L'aide ménagère au titre de l'Aide Sociale Départementale ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

 Aucune de ces prestations n'est cumulable avec l'Allocation Personnalisée d'Autonomie.

## Revenus

	Ressources ne figurant pas dans l'avis d'imposition ou de non imposition à l'impôt sur le revenu (ASPA, retraites versées par des organismes étrangers, etc.) Revenus soumis au prélèvement libératoire en application de l'article 125-O A et 125-D (bons et contrats de capitalisation)	Montant annuel
Patrimoine du demandeur		
Patrimoine du conjoint (concubin, personne ayant conclu un PACS)		

## Patrimoine dormant

**Possédez-vous des biens immobiliers non loués ?**  Oui  Non

	Nature du bien (ex : maison, appartement, terrain, etc.) Adresse et valeur locative indiquée sur le dernier relevé de taxe foncière	Valeur locative
Patrimoine du demandeur		
Patrimoine du conjoint (concubin, personne ayant conclu un PACS)		

**Possédez-vous des biens mobiliers et capitaux non placés ?**  Oui  Non

	Assurances-vie - Autres biens (oeuvres d'art, épargne ne procurant pas de revenus, etc.)	Montant
Patrimoine du demandeur		
Patrimoine du conjoint (concubin, personne ayant conclu un PACS)		

Souhaitez-vous solliciter ? :

- La carte d'invalidité  Oui  Non  
- La carte de stationnement :  Oui  Non

 Seul le classement en GIR 1 ou 2 peut ouvrir un droit automatique aux cartes.

La carte européenne de stationnement et la carte d'invalidité permettent à leurs détenteurs de faciliter leurs déplacements. Elles sont gratuites.

■ La carte européenne de stationnement permet à son détenteur de se garer sur les places réservées aux personnes handicapées, qu'il soit lui-même au volant de sa voiture ou bien véhiculé par quelqu'un d'autre.

La carte d'invalidité permet à son titulaire et à la personne qui l'accompagne d'obtenir une priorité d'accès : aux places assises dans les transports en commun et dans les salles d'attente ainsi que dans les établissements et les manifestations accueillant du public, dans les files d'attente. Elle permet également de bénéficier de réductions accordées, sous certaines conditions, dans les transports (RATP, SNCF, Air France).

A noter : la carte d'invalidité permet d'avoir une demi-part supplémentaire pour la déclaration d'impôts.

## Aides mises en place au moment de la demande d'APA à domicile

**Bénéficiez-vous de soins infirmiers ?**  Oui  Non

Nom et adresse du cabinet ou service de soins	Nombre d'intervention(s) par jour	Nombre d'intervention(s) par semaine
.....		
.....		
.....		

**Bénéficiez-vous d'une aide à domicile ?**  Oui  Non

	Nom	Nombre d'heure(s) par jour	Nombre de jour(s) par semaine	Prise en charge par un organisme	
				<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Service d'aide à domicile				<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
Emploi salarié				<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

**Bénéficiez-vous de :**

- Portage de repas  Oui  Non  
- Téléalarme :  Oui  Non

**Aide réalisée par les aidants** (personnes de votre famille, de votre entourage amical ou de voisinage qui vous apportent une aide essentielle à la vie quotidienne).

Nom - Prénom	Age	Commune de résidence	Fréquence de l'aide (par jour, semaine et mois)

### Dispositions relatives à 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 :

- Toutes les réponses aux différents questionnaires sont obligatoires. Un défaut de réponse entraînera des retards ou une impossibilité dans l'instruction du dossier.
- Les destinataires des informations collectées sont exclusivement les administrations et organismes habilités à connaître des dossiers d'Aide à domicile ou en établissement.
- 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, en justifiant de votre identité, à Monsieur le Président du Conseil départemental.



# Allocation Personnalisée d'Autonomie à domicile ou en établissement

Liste des pièces justificatives à joindre au dossier

## Pièces à joindre impérativement

- photocopie de la carte nationale d'identité
- ou** photocopie du livret de famille
- ou** photocopie d'un passeport de la communauté européenne
- ou** extrait d'acte de naissance
- ou** s'il s'agit d'un demandeur de nationalité hors communauté européenne, photocopie du titre de séjour en cours de validité
- Photocopie de la décision prononçant une mesure de protection judiciaire (tutelle, curatelle, sauvegarde de justice)

## Justificatifs relatifs aux ressources du couple

- photocopie de toutes les pages du dernier avis d'imposition ou de non imposition à l'impôt sur le revenu
- toute pièce justificative des biens ou capitaux relevant du patrimoine dormant :
  - photocopie de toutes les pages du (des) dernier(s) relevé(s) des taxes foncières sur les propriétés bâties et sur les propriétés non bâties
  - relevé annuel des assurances-vie
- toute pièce justificative concernant les ressources ne figurant pas dans l'avis d'imposition ou de non imposition (ASPA, retraites étrangères, etc.)
- RIB ou un RIP au nom du demandeur

## Pièces complémentaires

### APA à domicile

- certificat médical ci-joint, à faire compléter par votre médecin traitant

### APA en établissement

- grille AGGIR établie par l'établissement
- bulletin d'entrée de l'établissement
- arrêté de tarification de l'établissement s'il est situé hors du département de la Haute-Savoie