Cadre réservé aux services départementaux

Dossier n° : ☐☐☐☐☐☐

DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE D'UNE PERSONNE ÂGÉE DE 60 ANS OU PLUS

Code de l'action sociale et des familles Articles : L.232-2 et suivants, R.232 et suivants

Renseignements concernant le demandeur

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Précisez Escalier, porte et accès, le cas échéant :.....

Code postal : ☐☐☐☐☐ **Commune :** .....

Téléphone : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Adresse électronique : .....

Préciser s'il s'agit :

☐ **Du domicile** (Locataire, propriétaire ou hébergé à titre gratuit)

☐ **De l'accueil par un particulier à titre onéreux** (CASF art : L443-1 et suivants)

☐ **D'un logement foyer ou résidence autonomie**

☐ **D'un établissement d'hébergement pour personnes âgées**

Pour ces trois types d'hébergement, ou si le séjour dans le domicile actuel est inférieur à 3 mois, renseigner le cadre ci-dessous :

Adresse précédente : Du : ☐☐☐☐☐☐☐☐ au : ☐☐☐☐☐☐☐☐	N° et voie : .... Commune ..... Code postal : ☐☐☐☐☐ ☐ Propriétaire ☐ locataire ☐ hébergé à titre gratuit

Correspondance :
Conseil départemental du Val-de-Marne
Hôtel du département
Direction des services aux personnes âgées et aux personnes handicapées
94054 CRETEIL CEDEX

Accueil du public :
Direction des services aux personnes âgées et aux personnes handicapées
Immeubles Solidarités
7-9 voie Félix Éboué
CRÉTEIL (Métro : CRÉTEIL L'ÉCHAT)

VAL de MARNE
Le département

Pièces justificatives à fournir impérativement à la demande d'allocation personnalisée d'autonomie :

- Copie du livret de famille ou carte nationale d'identité ou passeport ou titre de séjour en cours de validité ;
- Photocopie du dernier avis d'imposition sur le revenu *(toutes les pages)* ;
- Photocopie du dernier avis d'imposition relatif à la taxe foncière sur les propriétés bâties *(Pour la résidence principale et, le cas échéant, les résidences secondaires)* et/ou à la taxe sur les propriétés non bâties *(toutes les pages)* ;
- Relevé d'identité bancaire du demandeur.

Autres pièces justificatives :

- Photocopie de la carte d'assuré social (Carte vitale) ;
- S'il y a lieu les bulletins d'entrée ou de sortie d'hospitalisation.
- S'il y a lieu le dernier avis d'imposition sur le revenu de la personne vivant maritalement

Le certificat médical : document joint

Le certificat médical de votre médecin traitant (non obligatoire) peut utilement contribuer à une meilleure prise en compte de votre situation par l'équipe médico-sociale départementale.

Vous joindrez le certificat médical à votre demande, sous pli confidentiel.

Merci d'indiquer le nom de votre médecin traitant : Dr .....

Numéro de téléphone: ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐

Renseignements concernant le ménage du demandeur :

	Le demandeur	Son conjoint ou personne vivant maritalement
Nom : (Nom marital pour les épouses)		
Date et lieu de naissance	☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐	☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐
N° de sécurité sociale :	☐☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐☐	☐☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐☐
Nationalité : Française, ressortissant de l'union européenne, autre.		
Situation de famille : Marié, célibataire, divorcé, veuf, ayant conclu un PACS,		
Régime de retraite principal :		
Situation du conjoint : En activité professionnelle, salarié (e), retraité(e),		

Chaque rubrique doit être renseignée ou, à défaut, porter la mention néant

Ressources annuelles du ménage :

Ressources annuelles Déclarées au dernier avis d'imposition.	**Du demandeur**	**Du conjoint ou de la personne vivant maritalement**
Pensions vieillesses Y compris les retraites complémentaires		
Salaires ou bénéfices déclarés		
Revenus soumis à prélèvements libératoires		
Autres capitaux mobiliers		
TOTAL ANNUEL :		

Renseignements concernant les biens immobiliers du demandeur :

Habitation principale :

☐ Propriétaire ☐ Locataire ☐ occupant à titre gratuit

Biens du demandeur (en indivision ou pleine propriété)	**Adresse précise :**
Résidence principale	
Résidences secondaires	
Propriétés non bâties	

Autres renseignements :

Vous ou votre conjoint bénéficiez :

> De l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) ☐ **Oui** ☐ **Non**

> De la prestation de compensation du handicap (PCH) ☐ **Oui** ☐ **Non**

> De l'aide-ménagère au titre de l'aide sociale départementale ☐ **Oui** ☐ **Non**

> De la prestation d'aide-ménagère d'une caisse de retraite ☐ **Oui** ☐ **Non**

> D'une majoration pour tierce personne ☐ **Oui** ☐ **Non**
Si oui, joindre une copie du titre de pension d'invalidité ou de retraite.

Mentionnez, le cas échéant si vous faite l'objet d'une mesure de protection

☐ Tutelle ☐ Curatelle ☐ Curatelle renforcée ☐ Sauvegarde de justice

Nom et coordonnées du gérant de la mesure :

.....

.....

.....

Joindre une photocopie du jugement de tutelle

Le cas échant, lien de parenté entre le demandeur et son mandataire judiciaire : .....

Si les courriers doivent être adressés à une autre personne que le demandeur :
Précisez sa qualité et indiquez ses nom, prénom, adresse, N° de téléphone et adresse électronique (Email)

.....

.....

.....

Je, soussigné (e) :

M. /Mme : ..... agissant en mon nom propre,

M. /Mme : .....agissant en qualité de représentant légal de :

M. /Mme : .....,

Certifie l'exactitude des renseignements des renseignements fournis dans le cadre de la demande d'allocation personnalisée d'autonomie.

Je suis informé que toute fausse déclaration ou falsification de document, toute obtention usurpée d'un droit m'exposerait à des sanctions pénales et financières prévu par la loi (Article 441.6 du Code pénal).

Fait à : ..... , le

Signature du demandeur :

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 qui protège les droits et libertés individuels.
Conformément à cette loi, les personnes auprès desquelles sont recueillies des informations nominatives, sont informées que :

1- Les destinataires des informations collectées sont exclusivement les administrations et organismes habilités à connaître des dossiers d'aide sociale.

2- 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 votre identité à :

Monsieur le Président du Conseil Départemental,
Hôtel du département

DSPAPH
94054 CRETEIL CEDEX

Le dossier accompagné des pièces justificatives est à adresser au :

Conseil départemental du Val-de-Marne
Hôtel du département
DSPAPH service APA
94054 CRÉTEIL CEDEX