

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 :

Pièces justificatives à joindre impérativement au dossier de demande

- Photocopie du livret de famille ou de la carte nationale d'identité ou d'un passeport de la Communauté européenne ou un extrait d'acte de naissance, ou s'il s'agit d'un demandeur de nationalité étrangère, la photocopie de la carte de résidence ou du titre de séjour en cours de validité,
- Photocopie intégrale du dernier avis d'imposition ou de non imposition à l'impôt sur le revenu,
- Photocopie du dernier relevé de la taxe foncière sur les propriétés bâties et sur les propriétés non bâties,
- Relevé d'identité bancaire ou postal,
- Copie de la décision prononçant une mesure de protection judiciaire (tutelle, curatelle, sauvegarde de justice).

Pièces complémentaires

- Les justificatifs des caisses de retraite (y compris retraites versées par des organismes étrangers, ASV + FNS.....).

APA À DOMICILE

- Certificat médical ci-joint, à faire compléter par votre médecin traitant
- L'imprimé ci-joint sur les aides éventuellement déjà mises en place

APA EN ÉTABLISSEMENT

- La grille AGGIR établie par l'équipe médico-sociale de l'établissement
- Le bulletin d'entrée dans l'établissement
- L'arrêté de tarification de l'établissement, s'il est hors département de la Haute-Savoie

Je soussigné(e),

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

M, Mme, Mlle

Déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur la présente demande.

Fait à le

Signature du demandeur ou de son représentant :

(1) Rayer la mention inutile

DISPOSITIONS RELATIVES A 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 :

1. Toutes les réponses aux différents questionnaires sont obligatoires. Un défaut de réponse entraînera des retards ou une impossibilité dans l'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, en justifiant de votre identité, à Monsieur le Président du Conseil départemental.



ACTION SOCIALE ET SOLIDARITÉ

Dossier d'Allocation Personnalisée d'Autonomie

N° DOSSIER :

Nom :

Prénom :

Commune :

Demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie

à domicile

en établissement

1^{ère} demande ou renouvellement

À retourner à la :

Direction de la Gérontologie et du Handicap
« Unité A.P.A. »
26 avenue de Chevène
CS 42220
74023 Annecy cedex

Direction de la Communication Institutionnelle / Département de la Haute-Savoie

**haute
savoie**
le Département

Chaque jour à vos côtés

État civil de la personne pour laquelle l'Allocation Personnalisée d'Autonomie est sollicitée : (le demandeur) et son conjoint

DEMANDEUR	CONJOINT *
ÉTAT CIVIL	
Nom :	Nom :
Nom de jeune fille :	Nom de jeune fille :
Prénom :	Prénom :
Date et lieu de naissance :	Date et lieu de naissance :
.....
Numéro de sécurité sociale et organisme :	Numéro de sécurité sociale et organisme :
.....
NATIONALITÉ	
SITUATION FAMILIALE	
<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e)	Est-il en activité : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> Veuf (ve) <input type="checkbox"/> Vie maritale <input type="checkbox"/> PACS	Si OUI précisez :
Nombre d'enfants :	Est-il retraité : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
RETRAITE	Si OUI précisez le régime principal de retraite :
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Si OUI, 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

APA À DOMICILE	APA EN ÉTABLISSEMENT
ADRESSE DU DEMANDEUR	LIEU DE RESIDENCE ACTUELLE DU DEMANDEUR
Lieu de résidence actuelle :	Adresse de l'établissement et date d'entrée :
.....
.....
.....
Téléphone :	Autres établissements fréquentés antérieurement :
Vous résidez à cette adresse depuis le :
.....
Précisez s'il s'agit de
<input type="checkbox"/> Domicile personnel
<input type="checkbox"/> Établissement pour personnes âgées dépendantes
<input type="checkbox"/> Famille d'accueil
<input type="checkbox"/> Foyer logement
<input type="checkbox"/> Autre domicile (enfants, etc...)
NOM et ADRESSE du MÉDECIN TRAITANT :	Adresse du domicile antérieur à l'entrée en établissement et date d'arrivée :
.....
.....
.....

PERSONNE À CONTACTER pour l'instruction du dossier :

Nom et qualité (lien de parenté...) :

Adresse :

..... Téléphone :

Renseignements concernant les revenus et le patrimoine du foyer

ALLOCATIONS

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

D'une Allocation compensatrice pour Tierce Personne ? OUI NON

D'une Majoration pour aide constante de la Sécurité Sociale ? OUI NON

D'une aide ménagère ? OUI NON

Attention : l'Allocation Personnalisée d'Autonomie n'est pas cumulable avec l'Allocation Compensatrice, ni avec la Majoration Tierce Personne, ni avec l'aide ménagère au titre de l'aide sociale ou versée par votre caisse de retraite.

REVENUS

	Demandeur	Conjoint (concubin, personne ayant conclu un PACS)
Ressources annuelles ne figurant pas dans l'avis d'imposition ou de non imposition à l'impôt sur le revenu (ASV + FNS, retraites versées par des organismes étrangers revenus soumis au prélèvement libératoire : actions, obligations)	Montants	Montants
Biens mobiliers et épargne non placés (ex : œuvres d'art, épargne ne procurant pas de revenus)	Montants ou valeur estimée	Montants ou valeur estimée

PATRIMOINE

Possédez vous des biens immobiliers **non loués** ou **occupés à titre gratuit** ? OUI NON

Si OUI, précisez : NATURE DES BIENS ET ADRESSE

	Biens du demandeur	Lien de parenté de l'occupant éventuel
Nature des biens (ex : maison, appartement, terrains, terres agricoles...)		
Nature des biens (ex : maison, appartement, terrains, terres agricoles...)	Biens du conjoint, concubin, personne ayant conclu un PACS	Lien de parenté de l'occupant éventuel