

Demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie (A.P.A) à domicile ou en établissement ou en famille d'accueil d'une personne de soixante ans ou plus.

Dossier n°

1^{ère} DEMANDE

REVISION

RENOUVELLEMENT

- Allocation Personnalisée d'Autonomie à domicile*
- Allocation Personnalisée d'Autonomie en établissement*
- Allocation Personnalisée d'Autonomie en accueil familial agréé par le Conseil Général du Gers*

A adresser à :

Monsieur Le Président du Conseil Général
Direction Générale Adjointe Chargée de la Solidarité
Service de l'Action Gérontologique
81, Route de Pessan
B.P 20569
32022 AUCH CEDEX 9

Demandeur

Nom de naissance :

Nom marital :

Prénoms :

Commune :

Canton :

* Cochez la case correspondante

A) Renseignements concernant le foyer du demandeur

	Le demandeur	Le conjoint ou le concubin
Nom de naissance		
Nom marital		
Prénoms		
Date et lieu de naissance		
N° de sécurité sociale		
Nationalité		
Situation de famille <small>(marié, divorcé, veuf, concubin, PACS, célibataire)</small>		
Régime de retraite principal		
Professions		

Adresse du demandeur

Elle concerne votre résidence habituelle, précisez s'il s'agit :

Du domicile :

Adresse :

Téléphone :

Si vous résidez à cette adresse depuis moins de 3 mois, précisez :

- Votre date d'arrivée à l'adresse ci-dessus : / /

- Adresse précédente :

De l'établissement d'hébergement pour personnes âgées :

Adresse :

Téléphone : Date d'entrée : / /

De l'accueil par un accueillant familial agréé à titre onéreux dans le cadre du Code de l'Action Sociale et des Familles :

Adresse :

Téléphone : Date d'entrée : / /

IMPORTANT : précisez votre adresse précédant l'entrée en établissement ou en accueil par un particulier.

Adresse :

Adresse du conjoint (ou concubin ou pacte civil de solidarité), si différente de celle du demandeur.

Adresse :

Téléphone :

Si vous vous trouvez actuellement hors de votre résidence habituelle, précisez s'il s'agit :

D'une hospitalisation dans un établissement de soins :

Nom de l'établissement :

Date prévue de retour à domicile : / /

D'un hébergement chez un tiers (famille...) :

Adresse :

Date prévue de retour à domicile : / /

Renseignements complémentaires

Habitation :

Propriétaire Locataire Autre, à préciser :

Percevez-vous ou votre conjoint ?	Vous	Conjoint	Montant
ACTP (allocation compensatrice tierce personne)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> €
PCH (prestation de compensation du handicap)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> €
MTP (majoration tierce personne) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> €
L'aide ménagère servie par :			
- L'aide sociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> €
- La caisse de retraite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> €

Personne référente à contacter en vue des visites d'évaluation à domicile en cas d'urgence. Précisez, le cas échéant, les coordonnées d'une personne référente (famille, proches...)

Nom :

Adresse :

Précisez le numéro de téléphone où ce référent est joignable dans la journée :

Mesures de protection : Faites-vous l'objet d'une mesure de protection judiciaire ?

Oui Non Si oui : Curatelle Sauvegarde de justice Tutelle

Nom et adresse du tuteur ou de l'association chargé(e) de la mesure :

.....

B) Renseignements concernant les revenus et le patrimoine

Retraites et ressources annuelles	Nom de la caisse
Retraites principales : €
Retraites complémentaires : €
Retraites de réversion : €
Autres ressources	
Bénéfices agricoles : €
Bénéfices Industriels et Commerciaux : €
Salaires : €

✓ Biens immobiliers (immeubles bâtis, terrains non bâtis...)

Tous les biens de cette nature sont à déclarer, sauf pour la résidence principale si elle est occupée par le demandeur, son conjoint (ou son concubin ou PACS), ses enfants ou ses petits enfants.

Néant Oui (Fournir les derniers relevés de la Taxe Foncière sur les propriétés bâties et non-bâties ou la taxe d'habitation, si vous êtes exonéré de taxe foncière)

✓ Biens mobiliers et épargne :

Relevé de vos capitaux (et, le cas échéant, de ceux de votre conjoint) ne figurant pas sur la déclaration fiscale (livrets d'épargne, livret de développement durable ex-CODEVI, actions, obligations,...).

Ce relevé doit être établi par le ou les établissements bancaires gestionnaires de vos comptes de dépôt, y compris au moyen d'un état « néant » si vous ne possédez aucun de ces placements.

✓ Revenus soumis au prélèvement libératoire en application de l'article 125 A du Code Général des Impôts (Ne figurant pas sur l'avis d'imposition) :

Montant des revenus du Demandeur : €

Montant des revenus du Conjoint ou du Concubin ou PACS : €

✓ Autres ressources ne figurant pas sur l'avis d'imposition ou de non imposition (par exemple, les pensions alimentaires, parts, capitaux d'entreprises, fermages...)

.....
.....

A remplir par le demandeur ou son représentant

Je soussigné(e), (le demandeur) ,
certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus.

OU

Je soussigné(e), (le représentant), agissant en
ma qualité de représentant de certifie sur
l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus.

J'autorise Je n'autorise pas

Le Conseil Général, à transmettre ce dossier à ma Caisse de retraite (MSA du Gers, CRAM Midi-Pyrénées, RSI de Midi-Pyrénées), en vue de son examen au titre de l'aide ménagère si, après évaluation médico-sociale, l'Allocation Personnalisée d'Autonomie ne peut m'être attribuée.

Cette transmission directe évitera de reconstituer intégralement un dossier.

Fait à Le, / /

Signature obligatoire du demandeur de l'APA ou de son représentant
dans ce cas, indiquer la nature du lien : tuteur - référent familial) :

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 Liberté » du 6 janvier 1978 qui protège les droits et les libertés individuelles.

Conformément à l'article 278 de cette loi, les personnes 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 ou de vérification 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 Général du Gers
Direction Générale Adjointe Chargée de la Solidarité
Service de l'Action Gérontologique
81, Route de Pessan
B.P 20569
32022 AUCH CEDEX 9