

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 ÊTRE RENSEIGNÉE

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)	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 Département*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aide-ménagère versée par votre caisse de retraite*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Portage de repas à domicile pris en charge par le Département	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Téléassistance prise en charge par le Département	<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 Département 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

Réservé 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 récent 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**

Respect de la protection des données à caractère personnel

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement de données personnelles par le Département du Val d'Oise dans le cadre d'une mission d'intérêt public de gestion des demandes d'allocations personnalisées à l'autonomie à domicile. L'ensemble des réponses demandées dans le questionnaire sont obligatoires. Un défaut de réponse entraînera des retards ou une impossibilité d'instruction du dossier.

Les destinataires de vos données sont exclusivement les administrations et organismes habilités à connaître des dossiers d'aide à domicile. Vos données seront conservées et sécurisées pendant une durée de 10 années suivant la clôture du dossier ou pendant 2 ans en cas de refus de l'allocation.

Conformément à la Réglementation applicable en matière de protection des données personnelles, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification de vos données personnelles ainsi qu'un droit d'opposition et à la limitation du traitement de vos données.

Pour exercer vos droits, vous pouvez effectuer votre demande auprès du Délégué à la protection des données du Département par voie électronique en envoyant un courriel à dpd@valdoise.fr ou par voie postale à l'adresse suivante : Le Délégué à la protection des données - Conseil départemental du Val d'Oise - 2 avenue du Parc - CS 20201 Cergy - 95032 Cergy-Pontoise Cedex.

Si après avoir contacté le Département, vous estimez que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL).