

AIDANT PRINCIPAL :

Nom : Prénom : Âge :

Lieu de résidence :

Téléphone : courriel :

Nature du lien : fille/fils conjoint autre :Nature de l'aide : course toilette entretien du logement autreDurée et périodicité : heure journée semaine mois

* « Est considéré comme proche aidant d'une personne âgée son conjoint, le partenaire avec qui elle a conclu un pacte civil de solidarité ou son concubin, un parent ou un allié, définis comme aidants familiaux, ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables, qui lui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne ».

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) M. ou M^{me} :agissant : en mon nom propre en qualité de représentant de M. ou M^{me}

certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus et dans les documents annexes. Je suis informé(e) que pour vérifier les déclarations, les services du Département peuvent demander toutes les informations nécessaires aux administrations publiques, notamment aux administrations fiscales, aux organismes de sécurité sociale et de retraite complémentaire qui sont tenus de les leur communiquer (art. L 232-16 de la loi du 20/07/2001 instaurant l'APA). 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 433-19, L 441-7, L313-1 et L313-3 du code pénal). Conformément à l'article 4.(11) du règlement général de protection des données personnelles qui définit le consentement comme « toute manifestation de volonté, libre, spécifique, éclairée et univoque par laquelle la personne concernée accepte, par une déclaration ou par un acte positif clair, que des données à caractère personnel la concernant fassent l'objet d'un traitement ».

Je donne mon consentement pour que mes données fassent l'objet d'un traitement informatique. Je ne donne pas mon consentement pour que mes données fassent l'objet d'un traitement informatique. Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par le département de Seine-et-Marne pour permettre la gestion de votre demande d'aide à l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie. Elles sont conservées pendant une durée de 3 ans après l'obtention de la dernière aide et sont destinées à être partagées entre les professionnels qui participent à la prise en charge du parcours de la personne âgée (médecins, hôpitaux, services d'aide à domicile, pôles territoriaux de l'autonomie, professionnels de santé, professionnels œuvrant dans le champ du social et du médico-sociale).

Conformément à la loi « informatique et libertés », vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant la Direction de l'Autonomie.

Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser à la Direction de l'autonomie, par voie postale à l'adresse postale suivant : DA - service des Prestations - Hôtel du département - CS 50377 - 77010 MELUN cedex.

Fait le à

Signature

DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISÉE
D'AUTONOMIE À DOMICILE
(pour une personne de 60 ans ou plus)

N° DOSSIER

NOM DU DEMANDEUR : Prénom :

Adresse actuelle :

Apt..... Étage Bâtiment Escalier Digicode

Code postal..... Commune

Date d'arrivée à cette adresse..... Téléphone *indispensable*

Courriel :

Préciser s'il s'agit :

- du domicile en qualité de : propriétaire - locataire - hébergé en famille - hébergé chez un tiers
(rayer les mentions inutiles)
- d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées
- de l'accueil par un particulier à domicile et à titre onéreux

Adresse précédente :

(avec dates d'arrivée et dates de départ)

À remplir **obligatoirement** si l'intéressé est soit en établissement (foyer-résidence, maison de retraite) soit réside à l'adresse actuelle depuis moins de 3 mois.

**Le dossier de demande intégralement rempli,
accompagné des pièces justificatives doit être adressé à :**

Département de Seine-et-Marne
Direction de l'autonomie
Service des Prestations
Hôtel du Département
CS 50377
77010 MELUN cedex

IDENTITÉ - SITUATION	LE DEMANDEUR	LE CONJOINT OU LA PERSONNE VIVANT MARITALEMENT
Nom de naissance		
Nom marital		
Prénom		
Date et lieu de naissance		
N° de sécurité sociale		
Nationalité (française, ressortissant de l'union européenne, autre...)		
Date d'arrivée en France pour les étrangers		
Situation de famille (marié(e), divorcé(e), veuf(ve), célibataire, concubin(e), pacsé(e))		
Organisme de la retraite principale		
Situation du conjoint (retraité ou salarié)		

COORDONNÉES DE LA PERSONNE RÉFÉRENTE DU DEMANDEUR (enfant, parent, autre) à contacter pour la visite d'évaluation ou en cas d'urgence	
M., M ^{me}	Lien de parenté
Adresse	
Code postal	Ville
Téléphone : courriel :	

MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE
Le demandeur fait-il l'objet d'une mesure de protection : <input type="checkbox"/> OUI (joindre une copie du jugement) <input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> Sauvegarde de justice <input type="checkbox"/> Tutelle <input type="checkbox"/> Curatelle
Nom et adresse du tuteur ou de l'association chargée de la mesure :
.....

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES - Bénéficiez-vous déjà de :	
Allocation compensatrice pour tierce personne <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Prestation de compensation du handicap <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Aide sociale en établissement <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Allocation personnalisée d'autonomie <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Aide ménagère au titre de l'aide sociale par le Département <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Majoration tierce personne <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Téléassistance <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Prestation complémentaire du recours tierce personne <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Quel opérateur :	
Aide ménagère versée par les caisses de retraite <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	→ Nombre d'heures :
• L'organisme intervenant :	• Caisse de retraite qui vous aide :
	• ou mutuelle
	• ou retraite complémentaire

Attention : l'Allocation Personnalisée d'Autonomie n'est cumuleable ni avec la Prestation de Compensation du Handicap, ni avec l'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne, ni avec la majoration pour aide constante d'une tierce personne, ni avec la prestation d'aide ménagère versée par le Département.

RESSOURCES ANNUELLES		
	Montant annuel perçu par le demandeur (en €)	Montant annuel perçu par le conjoint ou concubin ou pacsé (en €)
Retraite principale (à préciser)		
Retraites complémentaires (à détailler)		
Traitements et salaires		
Bénéfices commerciaux		
Bénéfices agricoles		
Revenus locatifs (ou fonciers)		
Allocations diverses (ex : allocation aux adultes handicapés, allocation spéciale vieillesse, pension alimentaire)		
TOTAL ANNUEL		

Le tableau suivant est à compléter. Cependant, l'attribution de l'APA n'a pas d'incidence sur la transmission du patrimoine :

VOS BIENS IMMOBILIERS		
	Propriété(s) bâtie(s)	Propriété(s) non bâtie(s)
Nature (précisez : résidence principale, résidence secondaire, terrain)		
Adresse(s)		
Valeur(s) locative(s) en € (voir taxe foncière)		
Montant des revenus procurés par le bien		
Usage actuel (précisez si occupé par demandeur, occupé à titre gratuit, location, en fermage, inoccupé)		