

Numéro de Dossier :

☐ APA à Domicile

(y compris Résidence autonomie, et Logement Foyer)

☐ APA en Etablissement

☐ 1^{ère} demande

☐ Révision

☐ Nouvelle demande après refus

ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE (pour une personne âgée de 60 ans et plus)

NOM du demandeur :

Prénoms :

Adresse :

Téléphone :

Courriel :

Coordonnées de la personne référente à contacter pour rendez-vous au domicile (si nécessaire)

NOM :

Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Courriel :

Qualité :

- ☐ Enfant
- ☐ Conjoint
- ☐ Parent
- ☐ Représentant légal
- ☐ Autre

☐ Souhaite être présent lors de la
visite d'évaluation

Coordonnées du médecin traitant

NOM :

Adresse :

Téléphone :

Ce document doit être rempli avec le plus grand soin.

Toutes les rubriques doivent être complétées.

Fournir tous les documents et justificatifs (photocopies) indiqués dans la liste figurant sur le feuillet 1

CETTE DEMANDE NE POURRA ETRE TRAITÉE QUE SI LE DOSSIER EST COMPLET

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

IDENTITE DU DEMANDEUR

	DEMANDEUR	CONJOINT(E), CONCUBIN(E) OU PACSÉ(E)
NOM d'usage pour les femmes		
NOM de famille (nom de naissance)		
PRÉNOMS		
DATE ET LIEU DE NAISSANCE		
SEXE	☐ masculin ☐ féminin	
NATIONALITÉ	☐ France ☐ Union Européenne ☐ Autre (à préciser) _____	☐ France ☐ Union Européenne ☐ Autre (à préciser) _____
SITUATION DE FAMILLE	☐ marié ☐ pacsé ☐ concubin ☐ divorcé ☐ veuf ☐ célibataire	
PROTECTION ADMINISTRATIVE OU JURIDIQUE *	☐ sauvegarde de justice ☐ curatelle ☐ tutelle ☐ habilitation familiale ☐ mandat de protection future	☐ sauvegarde de justice ☐ curatelle ☐ tutelle ☐ habilitation familiale ☐ mandat de protection future
CAISSE DE RETRAITE PRINCIPALE		
N° DE SECURITE SOCIALE		

* Le cas échéant : précisez le Nom et l'adresse du représentant légal sur la 1ère page (coordonnées de la personne référente).

DEMANDEUR	CONJOINT(E), CONCUBIN(E) OU PACSÉ(E)
Adresse : _____	Adresse (si différente du demandeur) : _____
☐ domicile personnel Est-il locataire ? OUI – NON Est-il propriétaire ? OUI - NON ☐ résidence autonomie ou logement-foyer ☐ établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (ou maison de retraite) ☐ au domicile d'un accueillant familial à titre onéreux ☐ d'une résidence service ou autre structure collective ☐ autre (à préciser : _____)	

Adresses précédentes du demandeur (Autres qu'une résidence autonomie (ou logement-foyer) ou une maison de retraite) - (OBLIGATOIRE : pour déterminer le Département compétent) :

Du au : Adresse :

Du au : Adresse :

Du au : Adresse :

VOTRE DEMANDE

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Le demandeur est-il bénéficiaire :

- D'une majoration pour aide constante d'une tierce personne (MTP) ou Pension d'invalidité 3^{ème} catégorie ?
☐ OUI ☐ NON Précisez date ouverture du droit :
- D'une prestation complémentaire pour recours à tierce personne (PC RTP) ?
☐ OUI ☐ NON Précisez date ouverture du droit :
- D'une allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) ?
☐ OUI ☐ NON
- D'une prestation de compensation du handicap (PCH) ?
☐ OUI ☐ NON
- D'une aide-ménagère prise en charge par :
 - Le Département de Maine & Loire : ☐ OUI ☐ NON
 - Votre caisse de retraite : ☐ OUI ☐ NON
 - Une caisse complémentaire : ☐ OUI ☐ NON
 - Autre (mutuelle, assurance) : ☐ OUI ☐ NON Précisez l'organisme :

ATTENTION : Aucune de ces prestations n'est cumuleable avec l'Allocation Personnalisée d'Autonomie

PATRIMOINE DU FOYER

Indiquer « Néant » si aucun **BIEN IMMOBILIER**

I - ADRESSE DE TOUS LES BIENS IMMOBILIERS	
Joindre une copie de la taxe foncière propriétés bâties ou non (demandeur, son conjoint, concubin, pacsé)	Préciser si le bien est loué ou non

Indiquer « Néant » si aucun **CONTRAT D'ASSURANCE-VIE**

II - MONTANT DES CONTRATS D'ASSURANCE-VIE	
Joindre une copie du relevé annuel d'information bancaire et assurantiel (demandeur, son conjoint, concubin, pacsé)	Préciser le montant de chaque contrat

DEMANDE D'UNE CARTE MOBILITE INCLUSION (CMI)

Souhaitez-vous bénéficier d'une CMI avec mention priorité ou invalidité ?	☐ OUI ☐ NON
Souhaitez-vous bénéficier d'une CMI avec mention stationnement ?	☐ OUI ☐ NON

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PROCHES AIDANTS DU DEMANDEUR (FACULTATIF)

Ce volet du dossier de demande vise à apporter les premières informations sur **les personnes de votre famille, de votre entourage amical ou de voisinage** qui vous apportent une aide dans la vie quotidienne qu'on dénommera « aidants » dans ce qui suit. Son remplissage est facultatif.

A – RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

	AIDANT 1	AIDANT 2	AIDANT 3
NOM D'USAGE (POUR LES FEMMES)			
NOM DE FAMILLE (NOM DE NAISSANCE)			
PRENOM			
DATE DE NAISSANCE			
LIEU DE RESIDENCE			
TELEPHONE			
NATURE DU LIEN AVEC LE DEMANDEUR DE L'APA			

B – NATURE DE L'AIDE APPORTÉE AU DEMANDEUR DE L'APA

Par exemple : accompagnement dans les déplacements à l'extérieur de votre domicile, courses... accompagnement dans les actes de la vie quotidienne (toilette, habillage, alimentation...)

	AIDANT 1	AIDANT 2	AIDANT 3
NATURE DE L'AIDE			
DURÉE ET PÉRIODICITÉ DE L'AIDE APPORTÉE			

C – PERSONNES POUVANT APPORTER UN RELAIS A L'AIDANT

D - EXPRESSION DE VOS BESOINS

ENGAGEMENT DE LA DEMANDE

Je soussigné(e), agissant,
en mon nom propre ^(?)
en ma qualité de représentant légal^(?) de :

- certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus qui sont fournis dans le cadre d'une demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie ;
- autorise, le cas échéant, la transmission par le Président du Conseil Départemental, des éléments utiles du dossier aux institutions compétentes (Caisses de retraites, etc...).

Fait à :

Signature **du demandeur** (ou représentant légal),

le : / /

^(?) rayer la mention inutile