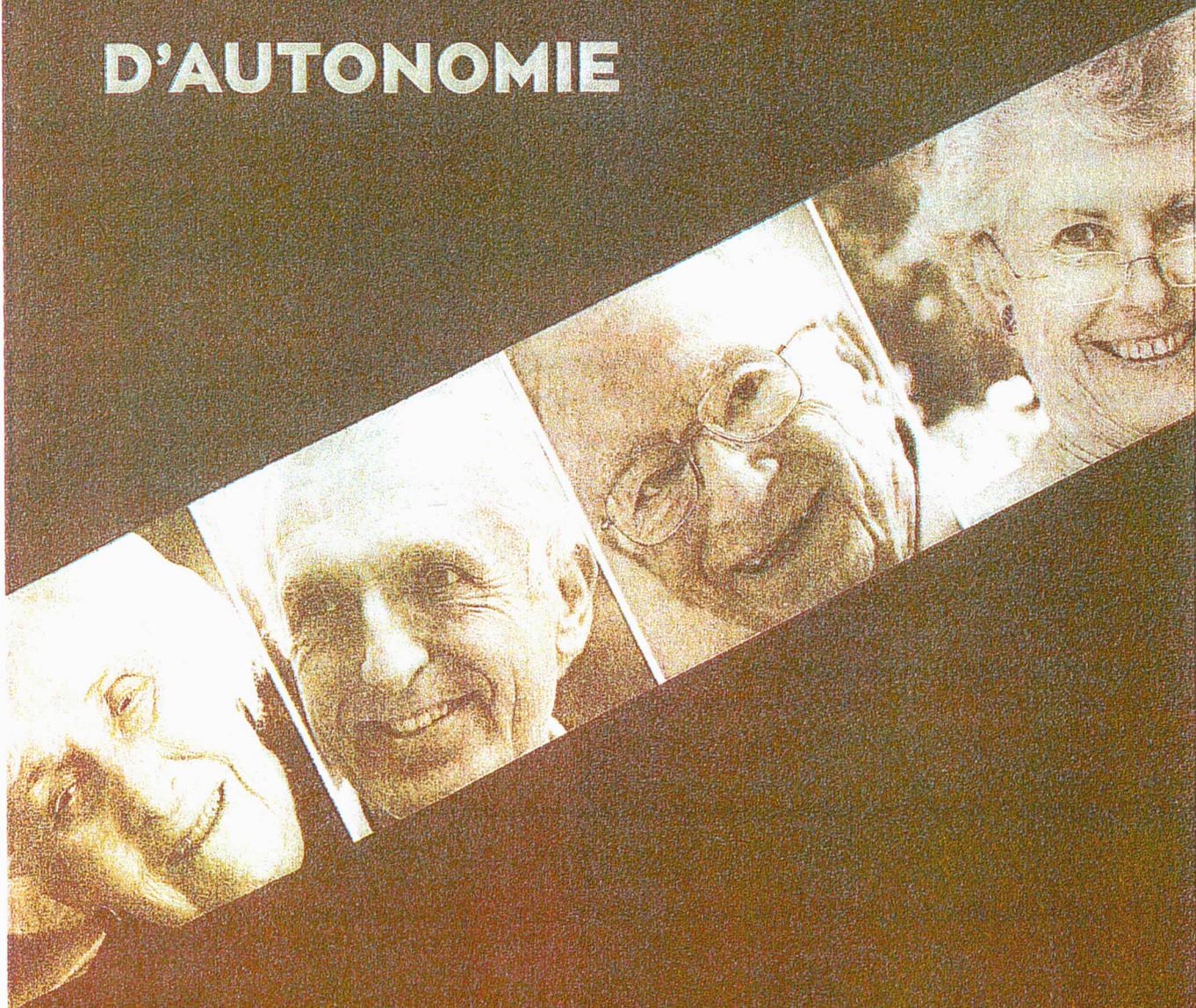


# DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE



DGA DE LA SOLIDARITÉ  
DIRECTION DE L'AUTONOMIE

# DEMANDE

## D'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE

Nom: \_\_\_\_\_

Prénom: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_\_

### VOTRE DEMANDE

Maintien à domicile

1<sup>ère</sup> demande:

Renouvellement:

Numéro d'individu\*: \_\_\_\_\_

Accueil en établissement

1<sup>ère</sup> demande:

Renouvellement:

Numéro d'individu\*: \_\_\_\_\_

### INFORMATIONS GÉNÉRALES

Rappel: avant d'entamer la procédure, assurez-vous que le bénéficiaire répond aux critères d'éligibilité de l'APA, à savoir:

- être âgé(e) d'au moins 60 ans,
- résider dans le département du Calvados depuis au moins 3 mois (rapprochez-vous de votre département d'origine dans le cas contraire),
- rencontrer des difficultés à accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne.

#### À noter

L'APA n'est pas cumulable avec l'Allocation compensatrice tierce personne (ACTP), la Prestation de compensation du handicap (PCH), la Prestation complémentaire pour recours à tierce personne (PC RTP), l'Aide ménagère versée par la caisse de retraite, l'Aide ménagère au titre de l'aide sociale départementale et la Majoration pour tierce personne (MTP).

### Pièces nécessaires pour compléter la demande

Avant de remplir le dossier, munissez-vous des éléments dont vous aurez besoin, à savoir:

- Avis d'imposition ou de non imposition à l'impôt sur le revenu
- Avis de taxe foncière sur les propriétés bâties ou non bâties (uniquement pour les propriétaires)
- Relevé d'identité bancaire (RIB)

Par ailleurs, afin que le dossier puisse être instruit, vous devez impérativement y joindre:

- Une copie de la pièce d'identité du bénéficiaire (carte d'identité, livret de famille, passeport ou titre de séjour)
- Une copie de jugement relatif à la mise en place d'une mesure de protection, lorsque le bénéficiaire est placé sous sauvegarde de justice, curatelle, tutelle

# DEMANDE

## D'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE

### POUR QUI FAITES-VOUS LA DEMANDE ?

- Je suis le bénéficiaire       Je suis désigné légalement :       tuteur  
 Je suis un proche       curateur  
 sauvegarde de justice

Si vous n'êtes pas le bénéficiaire, indiquez vos coordonnées

Nom : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_  
Organisme : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
N° voie, rue, boulevard : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Commune/ville : \_\_\_\_\_  
N° de téléphone : \_\_\_\_\_  
Courriel : \_\_\_\_\_

### LE BÉNÉFICIAIRE

- Monsieur     Madame

Nom (nom marital pour les femmes) : \_\_\_\_\_  
Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_  
Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Merci de préciser :       national       ressortissant de l'Union européenne  
 hors Union européenne

Situation familiale du demandeur :       marié       divorcé       veuf  
 concubin       pacsé       célibataire

Adresse actuelle : \_\_\_\_\_  
N° voie, rue, boulevard : \_\_\_\_\_  
Complément d'adresse : \_\_\_\_\_  
(étage, digicode, autre) : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_  
Commune/ville : \_\_\_\_\_

si différente de celle du bénéficiaire

N° de téléphone : \_\_\_\_\_

si différent de celui du bénéficiaire

Le bénéficiaire est-il retraité ?     OUI     NON

Si oui, nom de la caisse de retraite principale : \_\_\_\_\_

(1) Il peut s'agir du conjoint, du concubin ou de la personne avec laquelle vous avez conclu un pacte civil de solidarité

Cochez l'une des cases suivantes si le lieu de résidence actuel du bénéficiaire est :

- une maison de retraite
- une famille d'accueil agréée
- un foyer-logement

Date d'arrivée dans ce lieu de résidence: 2017/01/01

S'il réside depuis moins de trois mois à cette adresse ou s'il vit en maison de retraite, foyer logement ou famille d'accueil, indiquez son adresse précédente:

N° voie, rue, boulevard: 10 rue de la République

Code postal: 91000 Commune/ville: Evry-Courcouronnes

## ALLOCATIONS PERÇUES

- Aide ménagère au titre de l'aide sociale départementale:  OUI  NON
- Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP):  OUI  NON
- Prestation compensation du handicap (PCH):  OUI  NON
- Aide ménagère versée par les caisses de retraite:  OUI  NON
- Majoration pour tierce personne (MTP):  OUI  NON
- Prestation complémentaire pour recours à tierce personne (PCRPT):  OUI  NON

**Attention :** l'Allocation personnalisée d'autonomie ne peut se cumuler avec ces prestations.

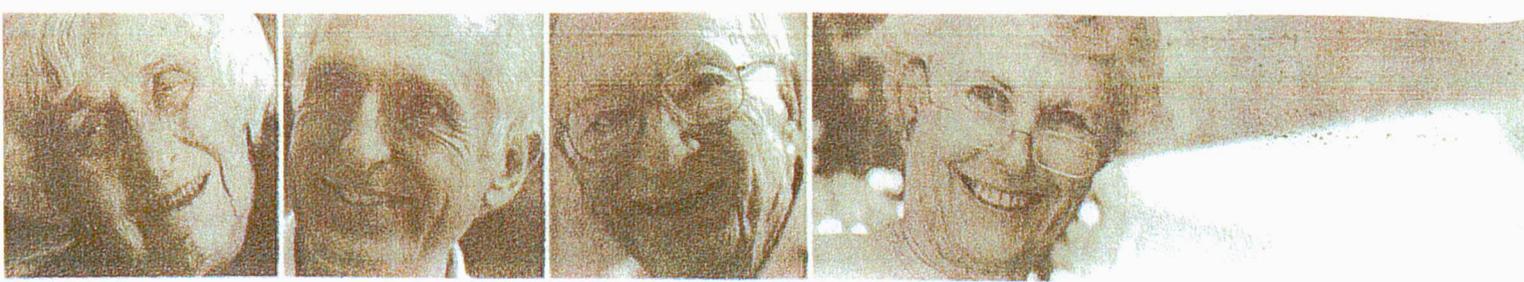


## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES REVENUS ET LE PATRIMOINE

### 1/ Revenus

L'appréciation des ressources permettant le calcul de la participation du bénéficiaire s'effectuera principalement à partir de son dernier avis d'imposition ou de non-imposition, du relevé de la taxe foncière sur les propriétés bâties et non bâties, ainsi que du relevé de capitaux mobiliers.

Si le bénéficiaire vit en concubinage, ou a conclu un PACS, il convient de fournir également les éléments relatifs à la situation de son partenaire.



Reportez le montant des lignes suivantes apparaissant sur l'avis d'imposition ou de non imposition du bénéficiaire

Année de référence (indiquée sur votre dernier avis d'imposition ou de non imposition):

	LE BÉNÉFICIAIRE	LE CONJOINT
Salaires et assimilés (avant déduction des 10%)		
Pensions, retraites, rentes (avant déduction des 10%)		
Bic professionnel déclaré		
Revenus fonciers nets		
Prélèvements libératoires		

## 2/ Biens mobiliers

Merci de déclarer l'ensemble des comptes du foyer (bénéficiaire et conjoint le cas échéant)

PRODUITS	Etablissement financier	CAPITAL	INTÉRÊTS
Compte courant			
Livret d'épargne			
• A (1 <sup>er</sup> livret)			
• B (2 <sup>ème</sup> livret)			
Livret d'épargne populaire (LEP)			
Livret de développement durable (LDD ex CODEVI)			
Plan ou Compte d'épargne logement (PEL ou CEL)			
Bons d'épargne			
Bons de caisse			
Bons de capitalisation			
Bons anonymes			
Épargne assurance-vie			
Plan d'épargne populaire (PEP)			
Obligations			
Actions			
Sicav			
Fonds communs de placement			
Autres (à préciser)			
<b>TOTAL</b>			



# DEMANDE

## D'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE

### 3/ Biens immobiliers

Le bénéficiaire est-il propriétaire de :

- sa résidence principale:  OUI  NON

Si oui, est-elle occupée par l'intéressé, son conjoint, son concubin ou la personne avec laquelle il a conclu un PACS, ses enfants ou petits-enfants ?

OUI  NON

- Autres biens:  OUI  NON

Si oui, reportez le montant de la ligne base apparaissant sur l'avis de taxe foncière du bénéficiaire pour chaque bien.

Biens bâtis  Biens non bâtis

Montant de la ligne base	€	Montant de la ligne base	€
	€		€
	€		€

Année de référence (indiquée sur votre dernier avis de taxe foncière):

### RIB

**Attention: le RIB doit IMPÉRATIVEMENT être celui du bénéficiaire**

Titulaire du compte:

Domiciliation (Banque):

Code Banque

Code Guichet

N° compte

Clé

IBAN

BIC





## DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

J'ai été aidé(e) par le C.C.A.S. pour compléter cette demande:  OUI  NON

Je m'engage à fournir le questionnaire médical lors de la visite du travailleur médico-social.

Vous faites la demande pour un proche mais vous n'avez pas été désigné légalement pour le faire. Le bénéficiaire devra fournir un mandat vous donnant le droit d'intervenir dans le cadre de cette demande. Ce mandat sera réclamé lors de la visite du travailleur médico-social.

Je m'engage à fournir le mandat si le travailleur médico-social le demande lors de sa visite au domicile du bénéficiaire.

Je m'engage quant à l'exactitude des informations saisies dans le formulaire.

Je m'engage à tenir à disposition du travailleur médico-social lors de sa visite à domicile les pièces suivantes :  
Dernier avis d'imposition sur les revenus, taxe foncière, d'habitation et RIB.

Fait à :

le

Signature

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à l'instruction et au suivi des demandes d'aides et de prestations sociales aux personnes âgées et handicapées. Les destinataires des données sont: la direction de l'Autonomie, la mairie du lieu de résidence et, le cas échéant, la Circonscription d'action sociale du lieu de résidence, les organismes en charge du versement de prestations sociales et familiales.

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser au Correspondant informatique et libertés (CIL) - Direction des services numériques - Département du Calvados - BP 20520 - 14035 CAEN Cedex 1 - Courriel: [ref-cnii@calvados.fr](mailto:ref-cnii@calvados.fr)

Cadre réservé au C.C.A.S. : (date et cachet)

**DEMANDE A ENVOYER  
AUX CIRCONSCRIPTIONS  
D'ACTION SOCIALE  
DE SECTEUR**

**Calvados**



LE DÉPARTEMENT

# QUESTIONNAIRE MÉDICAL

À REMPLIR PAR UN MÉDECIN

## DOCUMENT À REMPLIR PAR UN MÉDECIN

ET À ADRESSER SOUS PLI CONFIDENTIEL FERMÉ  
AU MÉDECIN DE L'ÉQUIPE MÉDICO-SOCIALE APA

**Cher(e) confrère, votre patient(e) demande à bénéficier d'une Allocation personnalisée d'autonomie, aide instituée par la loi N°2001-647 du 20 juillet 2001.**

Cette allocation, servie en nature, est affectée à la rémunération des personnes ou services qui interviennent pour répondre aux besoins du demandeur afin de permettre son maintien à domicile.

Le montant de cette allocation tient compte de l'environnement, des aides nécessaires, du niveau de perte d'autonomie de l'intéressé(e) ainsi que de ses ressources. Pour me permettre d'apprécier au mieux le degré d'autonomie de votre patient(e) selon une grille nationale AGGIR, je vous serais obligé de bien vouloir remplir ce questionnaire avec précision, en indiquant toutes les pathologies, déficiences ou incapacités susceptibles d'avoir un retentissement dans l'exécution des actes essentiels de la vie.

Je me permets de vous rappeler que l'équipe médicale et l'ensemble des services sont astreints au secret professionnel. Si votre patient(e) le souhaite, vous pouvez assister à la visite prévue par l'équipe au domicile de ce(tte) dernier(e). Vous remerciant par avance de votre coopération, je vous prie de recevoir mes salutations confraternelles.

Le médecin coordonnateur APA

## PERSONNE CONCERNÉE

Civilité:  Monsieur  Madame

Nom:

Nom de naissance:

Prénom(s):

Date de naissance:

Adresse:

## NOM DU MÉDECIN TRAITANT

## NOM DU MÉDECIN QUI A RENSEIGNÉ LE DOSSIER

DATE:

## PATHOLOGIE(S) ACTUELLE(S) MOTIVANT LA DEMANDE D'APA:

## ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ET CHIRURGICAUX:

Consultation gériatrie:  OUI  NONConsultation mémoire:  OUI  NON

Y a-t-il eu une évaluation neuropsychologique?

 OUI (date et lieu) NON

## INTERVENANTS MÉDICO-SOCIAUX:

IDE libérale:  OUI  NONHAD:  OUI  NONSSIAD:  OUI  NONAide à domicile:  OUI  NONKinésithérapeute:  OUI  NONOrthophoniste:  OUI  NON

Autre (préciser):

## TRAITEMENT ACTUEL:

