



DÉPARTEMENT DES ALPES-MARITIMES

DIRECTION GENERALE DES SERVICES DEPARTEMENTAUX
DELEGATION DU PILOTAGE DES POLITIQUES DE L'AUTONOMIE ET DU HANDICAP
SERVICE DES POLITIQUES DE L'AUTONOMIE DES PERSONNES AGEES

Secteur APA en Établissement

B.P. 3007

06201 NICE CEDEX 3

**DEMANDE
D'ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE
EN ETABLISSEMENT**

Les informations ci-dessous sont à renseigner par l'Établissement d'accueil

NOM du demandeur :

Prénom :

Date d'entrée : ____/____/____

(joindre un bulletin d'entrée)

Cachet de l'établissement d'accueil et adresse :	Groupe Iso Ressources (GIR) d'appartenance du demandeur
Téléphone : Fax : N° FINESS :	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
	Nom et cachet du médecin :
	Signature :

Etablissement public * Etablissement privé à but lucratif *
 Etablissement privé à but non lucratif *
La convention tripartite a-t-elle été signée ? Non Oui

* Cocher la case correspondante

Cadre réservé à l'administration DOSSIER FAMILIAL N°

Cadre réservé à l'administration Date d'arrivée du dossier

A - ETAT CIVIL		
	DEMANDEUR *	CONJOINT OU PERSONNE VIVANT MARITALEMENT ou PACS (Barrer les mentions inutiles)
NOM (ou nom marital pour les femmes mariées ou veuves)		
NOM de jeune fille		
Prénom		
Date et lieu de naissance		
Nationalité		
Situation familiale		
Numéro de Sécurité Sociale		

* Le demandeur désigne la personne hébergée en maison de retraite

B - ADRESSE DE VOTRE DOMICILE PERSONNEL où vous avez résidé plus de 3 mois (Avant toute entrée en maison de retraite, de repos, foyer-logement, hôpital,...)			
Date d'arrivée	Date de départ	Numéro et Voie	Code postal et commune
Etes-vous	<input type="checkbox"/> Propriétaire <input type="checkbox"/> Locataire <input type="checkbox"/> Usufruitier <input type="checkbox"/> autre		

C - MESURE DE PROTECTION	
Faites-vous l'objet d'une mesure de protection	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Si oui, laquelle ?	<input type="checkbox"/> Sauvegarde de justice <input type="checkbox"/> Curatelle <input type="checkbox"/> Tutelle
➔ Nom, adresse et n° de téléphone du tuteur ou de l'association chargée de la mesure :	

D - PERSONNE A CONTACTER (Pour tout renseignement complémentaire nécessaire à l'instruction du dossier)
Nom et prénom :
Adresse :
Téléphone :
Lien avec le demandeur :

IMPORTANT :

**TOUT CHANGEMENT INTERVENANT DANS VOTRE SITUATION
(Retour au domicile, changement d'établissement, hospitalisation, etc....)
DOIT IMMEDIATEMENT ETRE SIGNALE
au Secteur APA en Établissement.**

E - PATRIMOINE DU FOYER
(Ne figurant pas sur l'avis d'imposition)

LIVRETS ET COMPTES PRODUCTIFS D'INTERETS (A) (CODEVI, PEP, CNE ,.....)		COMPTES BANCAIRES NON PRODUCTIFS D'INTERET (B)	
Numéros	Montant	Numéros	Montant
	€		€
	€		€
	€		€
	€		€
	€		€
	€		€
TOTAL (A)	€	TOTAL (B)	€
TOTAL (A) + (B)			€

F - MONTANT DES REVENUS SOUMIS AU PRELEVEMENT LIBERATOIRE (Actions, Obligations) perçus au titre de l'année fiscale de référence (Article 125 A du code général des impôts)	
Vous (A)	Votre conjoint(e), concubin(e), pacs (B)
€	€
€	€
€	€
TOTAL (A)	€
TOTAL (A) + (B)	€

G - BIENS IMMOBILIERS (à l'exception de la résidence principale lorsqu'elle est occupée par le demandeur, son conjoint, son concubin ou PACS, ses enfants ou petits enfants)	
Nature	Adresse

H - ALLOCATIONS ET AIDES

Percevez-vous :			
L'allocation compensatrice pour tierce personne	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	Montant mensuel →	€
La majoration pour aide constante d'une tierce personne versée par la sécurité sociale ou une caisse de retraite	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	Montant mensuel →	€
L'allocation personnalisée d'autonomie servie par un autre département que les Alpes Maritimes	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	Montant mensuel →	€

ATTENTION ! CES AIDES NE SONT PAS CUMULABLES AVEC L'APA

☞ N'oubliez pas de dater et signer votre demande, en dernière page.

I. « INFORMATIQUES ET LIBERTES »

Les informations recueillies dans le formulaire APA en établissement font l'objet d'un traitement informatique destiné à traiter votre demande d'allocation personnalisée d'autonomie en établissement. Toutes les réponses aux différents questionnaires sont obligatoires. Un défaut de réponse entraînera des retards ou une impossibilité dans l'instruction du dossier.

Les destinataires des données sont Conseil Départemental des Alpes-Maritimes, les administrations et organismes habilités à prendre connaissance des dossiers d'aide à domicile.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au Correspondant Informatique et liberté du Conseil Départemental des Alpes-Maritimes, BP 3007 06201 Nice cedex 3.

II. RECUPERATION

L'APA ne fait l'objet d'aucun recours en récupération sur succession, donation ou legs - *article L 232.19 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF)*.

III. VERIFICATION DES DECLARATIONS

Pour vérifier les déclarations des intéressés, les services chargés de l'évaluation des droits à l'allocation personnalisée d'autonomie peuvent demander toutes les informations nécessaires aux administrations publiques, notamment aux administrations fiscales, aux collectivités territoriales, aux organismes de sécurité sociale et de retraite complémentaire, qui sont tenus de les leur communiquer (*article L 232.16 du CASF*).

IV. FRAUDE ET FAUSSES DECLARATIONS

Toute fraude, fausse déclaration ou falsification de document, toute tentative de percevoir frauduleusement des prestations au titre de l'aide sociale, expose à des sanctions pénales et financières prévues par les articles L 433.19, L 441.7, L 313.1, L 313.3, L 313.7 et L 313.8 du code pénal (*article L 133.6 du CASF*).

Je soussigné(e), agissant en mon nom propre ou en qualité de représentant légal du demandeur, certifie avoir pris connaissance des dispositions concernant l'APA et certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements déclarés sur la présente demande.

Demande déposée le :

**Signature du demandeur
ou de son représentant légal :**

**Point INFO :
● Tél. 04 97 18 78 18**



DÉPARTEMENT DES ALPES-MARITIMES
**NOTICE D'INFORMATION CONCERNANT LE DOSSIER
DE DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISÉE
D'AUTONOMIE EN ÉTABLISSEMENT**

A lire attentivement avant de remplir votre dossier

Vous sollicitez une Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) en établissement.
Cette prestation est destinée à vous aider à financer le tarif lié à votre dépendance qui vous sera facturé distinctement du tarif hébergement.

Afin que votre demande puisse être instruite dans les meilleurs délais par le Conseil départemental, veuillez prendre connaissance des précisions et conseils suivants.

I - Le terme « demandeur » désigne la personne hébergée en maison de retraite.

II - Dans les cas de demande pour les deux membres du couple, remplissez deux dossiers.

III - Liste des pièces à fournir impérativement.

Toute demande d'APA doit être accompagnée de la photocopie des documents suivants :

1. Si vous êtes français(e) ou assimilé(e) : **Livret de famille** ou **carte nationale d'identité** ou **extrait de naissance** ou **passport de la CEE**.
2. Si vous êtes étranger (hors CEE) : **Carte de résident** (en cours de validité) ou **titre de séjour** (en cours de validité).
3. **Dernier avis d'imposition** ou de **non-imposition**
4. Si vous êtes propriétaire d'un ou plusieurs biens immobiliers : **Dernier relevé de la taxe foncière** sur les propriétés bâties et non bâties.
5. Si vous faites l'objet d'une mesure de protection judiciaire (tutelle, curatelle, sauvegarde de justice) : **jugement**

IV – Autres pièces nécessaires

- Bulletin d'entrée
- Si vous êtes placé(e) en maison de retraite, hors département des Alpes-Maritimes :
 1. Justificatifs du domicile précédent (quittance de loyer, facture de téléphone, E.D.F., attestation de résidence,...).
 2. Arrêté de tarification, concernant la dépendance, (à demander au directeur de l'établissement).
 3. Relevé d'identité bancaire (RIB) ou postal (RIP)

V – Conseils utiles pour faciliter l'ouverture éventuelle de vos droits à l'APA :

Afin d'être instruite, votre demande doit être complète, c'est-à-dire :

- toutes les rubriques qui composent le dossier ci-joint doivent être remplies et complétées,
- si vous n'êtes pas concerné(e) par certaines rubriques, indiquez « NEANT »,
- **n'oubliez surtout pas de dater et signer votre demande.**

Transmettez votre dossier, dûment rempli et accompagné des pièces justificatives