

Pièces justificatives à joindre impérativement pour déclarer le dossier complet et demander l'évaluation de l'équipe médico-sociale :

- Photocopie du livret de famille ou de la carte nationale d'identité ou d'un passeport de la Communauté européenne ou un extrait d'acte de naissance ; ou, s'il s'agit d'un demandeur de nationalité étrangère, la photocopie de la carte de résidence ou du titre de séjour, en cours de validité.
- Photocopie du **dernier** avis d'imposition ou de non-imposition à l'impôt sur le revenu (dans son intégralité **(page 4 comprise)**).
- Relevé annuel de toutes les assurances vie du foyer (Monsieur + Madame).**
- Photocopie du dernier avis d'imposition des taxes foncières sur **toutes** les propriétés bâties et sur **toutes** les propriétés non bâties.
- Relevé d'identité bancaire ou postal au nom du demandeur (En cas de tutelle RIB : M/M^e x S/tutelle de...).
- Copie du jugement de mesure de protection (tutelle, curatelle...).

Pièces complémentaires :

- Questionnaire médical (**imprimé joint à retourner sous enveloppe cachetée jointe prévue à cet effet**).
- Acte notarié de la (ou des) rente(s) viagère(s).

SI LE DOSSIER EST INCOMPLET AUCUNE ÉVALUATION NE SERA EFFECTUÉE.

Toute fausse déclaration pourra faire l'objet de sanctions telles que prévues dans le code pénal, notamment à l'article 313-1.

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

....., certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus qui sont fournis dans le cadre d'une demande :

Fait à, le,
Signature,

DISPOSITIONS RELATIVES À LA LOI DU 6 JANVIER 1978

Le Conseil départemental s'engage à préserver la confidentialité des informations fournies dans la présente demande.
Conformément à la Loi Informatique et Libertés et au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) (droit de l'Union Européenne), le demandeur, soussigné, est informé :
Que les informations personnelles qu'il fournit sont nécessaires au service des aides sociales du Conseil départemental de l'Orne (responsable du traitement) pour traiter sa demande à l'obtention de l'aide sociale.
Qu'en l'absence d'une ou plusieurs des informations demandées, le service compétent ne pourra se prononcer et en conséquence accorder l'aide sociale demandée.
Qu'ainsi, il donne avec son consentement éclairé et en toute liberté les informations personnelles nécessaires à l'étude de la présente demande d'aide sociale.
Que ces données personnelles le concernant n'auront d'autres utilités que de servir à la compréhension de la difficulté sociale qu'il rencontre.
Que ces données ne seront exploitées que par les seuls membres du service compétent pour l'instruction du dossier, pour la prise de décision d'accorder ou pas une aide sociale et la détermination de son montant, pour son paiement lorsque l'aide a été accordée.
Que les informations transmises ne seront jamais transférées à d'autres personnes ou structures juridiques que celles mentionnées au paragraphe ci-dessus et qu'elles ne seront jamais transférées en dehors de la Communauté européenne,
Qu'il bénéficie d'un droit d'accès, de rectification, de limitation et d'effacement sur les informations personnelles transmises.
Qu'il bénéficie du droit de retirer son consentement à tout moment sans porter atteinte à la licéité du traitement effectué avant ce retrait.
Qu'il peut à tout moment exercer l'un de ses droits prévus aux deux paragraphes ci-dessus en s'adressant soit par courrier au service des aides pour l'autonomie du Conseil départemental de l'Orne, 13 rue Marchand Saillant, CS 70541, 61017 Alençon CEDEX, Téléphone : 02.33.81.60.00 soit par mail à : ps.da.bad@orne.fr
Qu'il peut prendre connaissance de l'ensemble de ses droits sur le site de la CNIL : www.cnil.fr
Qu'il a le droit d'introduire une réclamation concernant ses droits auprès de la CNIL (Commission Informatique et Libertés- 3 place de Fontenoy 75007 Paris).

Dossier à retourner à :
Monsieur le Président du Conseil départemental
Pôle solidarités
Direction de l'autonomie
Service des aides pour l'autonomie
13, rue Marchand Saillant - CS 70541 - 61017 Alençon Cedex



Pôle solidarités

Direction de l'autonomie

Service des aides pour l'autonomie

N° DOSSIER

DEMANDEUR BÉNÉFICIAIRE

NOM :

NOM DE NAISSANCE :

PRÉNOM :

COMMUNE :

CANTON :

**DEMANDE D'ALLOCATION
PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE**

(Mise à jour par la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement)

- A DOMICILE EN FAMILLE D'ACCUEIL AGRÉÉE À TITRE ONÉREUX
- EN ÉTABLISSEMENT

NOM de l'organisme qui, le cas échéant, vous a aidé à constituer le dossier :

Faites-vous l'objet d'une mesure de protection juridique ? CURATELLE TUTELLE

Coordonnées du tuteur ou de l'association chargée de la mesure :

NOM : PRÉNOM :

Adresse :

N° tél : | | | | | | | | | |

Si personne référente au dossier (proche de la personne et non professionnel) :

Coordonnées de la personne :

NOM : PRÉNOM :

Adresse :

Nature de votre lien :

N° tél : **(TRÈS IMPORTANT)** : | | | | | | | | | |

Adresse mail :

Souhaitez-vous que la personne référente soit présente lors de l'évaluation du travailleur social à domicile ? Oui Non

Souhaitez-vous que tout courrier parvienne à votre adresse ? Oui Non

Ou souhaitez-vous que tout courrier parvienne à l'adresse de la personne référente ? Oui Non

Date d'arrivée du dossier :

(cadre réservé à l'administration)

A - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DEMANDEUR-BÉNÉFICIAIRE

	Le demandeur bénéficiaire	Le conjoint, concubin ou personne avec laquelle un PACS a été conclu
Nom de naissance		
Nom marital pour les femmes		
Prénoms		
Date et lieu de naissance		
N° de sécurité sociale OBLIGATOIRE		
Nationalité (Française, ressortissant Union Européenne, Autres)		
Situation de famille (marié, divorcé, veuf, célibataire, concubin, pacte civil de solidarité)		
Régime de retraite principal OBLIGATOIRE		
Caisse de retraite complémentaire		
Mutuelle		
Profession du conjoint et adresse de l'employeur		

B - ADRESSES PRÉCÉDENTES

	Date d'arrivée	Date de départ

C - ADRESSE ACTUELLE DU DEMANDEUR :

TÉLÉPHONE **OBLIGATOIRE** :

Précisez si vous êtes : <input type="checkbox"/> propriétaire <input type="checkbox"/> locataire <input type="checkbox"/> usufruitier	
<input type="checkbox"/> hébergé à titre gratuit chez M(M ^{me}) :	
Précisez 'il s'agit :	Précisez la date d'entrée dans le logement :
<input type="checkbox"/> d'une congrégation religieuse
<input type="checkbox"/> d'une résidence autonomie (logement foyer)
<input type="checkbox"/> d'un accueil par un particulier à domicile et à titre onéreux (famille d'accueil)
<input type="checkbox"/> d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées
Adresse du conjoint, concubin ou partenaire pacsé si elle est différente de celle du demandeur (exemple EHPAD) :	
.....	

D - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES REVENUS ET LE PATRIMOINE DU DEMANDEUR

(ATTENTION : joindre toutes les pièces justificatives demandées, voir page 4).

E - ATTESTATION AVANTAGE POUR TIERCE PERSONNE

Le Conseil départemental de l'Orne attribue l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (A.P.A.) à l'ensemble des personnes âgées de plus de 60 ans originaires de l'Orne et classées dans les GIR 1 à 4.

Pour bénéficier de l'A.P.A., la personne ne doit pas être bénéficiaire des allocations ci-dessous énoncées.

AUCUNE DES PRESTATIONS CI-DESSOUS ÉNONCÉES N'EST CUMULABLE AVEC L'A.P.A.

Percevez-vous ?

- la majoration pour aide constante d'une tierce personne (MTP) versée par l'Assurance Maladie ou par l'Assurance Vieillesse en complément d'une pension ou rente perçue : OUI NON
- la prestation complémentaire pour recours à tierce personne (PC RTP) : OUI NON
- l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) : OUI NON
- la prestation de compensation du handicap (PCH) : OUI NON
- l'aide ménagère versée par les caisses de retraite : OUI NON
- l'aide ménagère au titre de l'aide sociale départementale : OUI NON

Dans le cas d'une réponse positive, joindre obligatoirement copie de la notification d'attribution ainsi que le dernier justificatif de versement mensuel

ATTENTION : Le signataire est avisé que l'APA devra être remboursée au Conseil départemental si une des prestations énumérées ci-dessus est versée sans avoir été mentionnée dans la demande d'APA.

Je m'engage à informer le Pôle solidarités de tout changement de situation d'allocataire.

F - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PROCHES AIDANTS DU DEMANDEUR

Voir feuillet joint.

G - CARTE MOBILITÉ INCLUSION : INVALIDITÉ - STATIONNEMENT ET PRIORITÉ

Voir feuillet joint.

H - En cas de rejet d'allocation départementale personnalisée d'autonomie, autorisez-vous

le Conseil départemental à transmettre votre dossier aux caisses de retraite ? OUI NON

F - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PROCHES AIDANTS DU DEMANDEUR

Ce volet du dossier de demande vise à apporter des premières informations sur les personnes de votre famille ou 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.

Article L113-1-3 du Code de l'action sociale et des familles :

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 aides et des actions de la vie quotidienne.

NOM - PRÉNOM de votre ou de vos aidants	Age	Lieu de résidence	Nature de votre lien	Nature de l'aide apportée (1)	Durée périodicité (2)

(1) Exemple : accompagnement dans les déplacements à l'extérieur de votre domicile, courses...

(2) Durée et périodicité approximatives de cette aide pour une journée, une semaine ou un mois (selon ce qui vous paraît le plus pertinent).