ATTESTATION AVANTAGES POUR TIERCE PERSONNE

PÔLE SOLIDARITÉS
Maison départementale de l'autonomie
Service des aides pour l'autonomie
et de l'approche domiciliaire
Cellule instruction PA
13, rue Marchand Saillant
CS 70541 - 61017 ALENÇON Cedex
☎ 02 33 15 00 31
@ mda.pa@orne.fr

- Le Conseil départemental de l'Orne attribue l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) à l'ensemble des résidents de plus de 60 ans, d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD) ou d'une unité de soins de longue durée (USLD) étant originaires de l'Orne et classés dans les GIR 1 à 4.
- Pour bénéficier de l'APA, le résident ne doit pas être allocataire d'une pension ou rente attribuée par l'Assurance Maladie ou l'Assurance Vieillesse (CRAM, MSA, ORGANIC, etc.) assortie de la **Majoration Spéciale pour Tierce Personne**, ni percevoir **l'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne** (ACTP) ou la **Prestation de Compensation du Handicap** versées par le Conseil départemental.

NOM : Prénom :

Né(e) le :

Établissement d'accueil :

Atteste sur l'honneur :

❑ **Percevoir** une pension ou rente versée par l'Assurance Maladie ou Assurance Vieillesse assortie de la **Majoration pour Tierce Personne**.

Depuis le : Caisse :

❑ **Ne pas percevoir** une pension ou rente versée par l'Assurance Maladie ou Assurance Vieillesse assortie de la **Majoration pour Tierce Personne**.

Dans l'un ou l'autre cas, joindre le justificatif de versement de la pension principale perçue

❑ **Percevoir** une **Allocation Compensatrice pour Tierce Personne** ou la **Prestation de Compensation du Handicap** depuis le ...../...../....., versée par le Conseil départemental du département de .....

Joindre le justificatif

❑ **Ne pas percevoir** une Allocation Compensatrice pour Tierce Personne ou la Prestation de Compensation du Handicap.

Joindre impérativement le dernier avis d'imposition

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 la Maison départementale de l'autonomie de tout changement de situation d'allocataire.

Fait à : Le :

Signature de l'intéressé :

Signature du représentant légal :

Nom : Prénom :

« La loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur cette attestation. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de notre organisme ».

Documents CD - Attestation-Avantages Tierce personne - 06/2024