



A remettre à :
**DIRECTION DE LA SOLIDARITE
DEPARTEMENTALE**
Direction de l'Autonomie
Service des Personnes Agées
Place Ferré 65 000 TARBES
e-mail: mission.personnes.agees@ha-py.fr
☎ : 05 62 56 74 28

A envoyer au :
DÉPARTEMENT DES HAUTES-PYRÉNÉES
Hôtel du Département
6, Rue Gaston Manent
CS 71324
65013 TARBES CEDEX 9

DOSSIER N°

DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE

à domicile en établissement (EHPAD) en famille d'accueil agréée

NOM : _____

Prénom : _____

Adresse: _____

Code Postal : _____ Commune : _____

☎ : _____ @ : _____

LISTE DES PIÈCES JUSTIFICATIVES OBLIGATOIRES POUR QUE LE DOSSIER SOIT REPUTE COMPLET

- La 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 ; s'il s'agit d'un demandeur de nationalité étrangère (hors Union européenne), la photocopie de la carte de résidence ou du titre de séjour en cours de validité.
- La photocopie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition à l'impôt sur le revenu
- Un relevé d'identité bancaire ou postal au nom du demandeur ou de son représentant légal
- Toute pièce justificative des biens et capitaux relevant du patrimoine dormant (photocopie du dernier relevé des taxes foncières sur les propriétés bâties et sur les propriétés non bâties, relevé annuel d'assurance vie...)

DOCUMENTS COMPLEMENTAIRES

- Un certificat médical rempli par votre médecin traitant
 - Un justificatif de domicile (facture EDF ou de téléphone ou quittance de loyer)
 - Un bulletin de situation (précisant la date d'entrée dans l'établissement).
- Pour les établissements hors des Hautes-Pyrénées, l'arrêté de tarification
- La détermination du Groupe Iso-Ressources (GIR) par le médecin coordonnateur

} APA à domicile
}
} APA en établissement

Partie réservée à l'Administration reçu le : _____ dossier complet : oui non
 reçu par courrier par courriel par fax remis en main propre par: _____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DEMANDEUR

| | Demandeur | <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Concubin <input type="checkbox"/> Pacsé |
|--|-----------|--|
| Nom | | |
| Prénom | | |
| Nom de jeune fille | | |
| Date et lieu de naissance | | |
| N° de sécurité sociale | | |
| Nationalité | | |
| Situation de famille | | |
| Caisse de retraite principale | | |
| Situation du conjoint (si non retraité) | | |

Mentionnez, le cas échéant, l'existence d'une mesure de protection (joindre une copie du jugement)

sauvegarde de justice curatelle tutelle demande en cours

Nom, adresse et n° de téléphone du tuteur ou de l'association chargée de la mesure:

Coordonnées de la personne à contacter pour la visite d'évaluation ou en cas d'urgence

NOM : _____ Prénom : _____ { : _____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES REVENUS ET LE PATRIMOINE DU DEMANDEUR

1. RESSOURCES NE FIGURANT PAS DANS L'AVIS D'IMPOSITION/DE NON-IMPOSITION SUR LE REVENU

| | Demandeur | Conjoint, concubin ou pacsé |
|--|-----------|-----------------------------|
| Montants des revenus soumis au prélèvement libératoire | | |

2. ALLOCATIONS

| Percevez vous : | Oui | Non |
|--|-----|-----|
| La majoration pour aide constante d'une tierce personne (MTP) | | |
| La prestation complémentaire pour recours à tierce personne (PC RTP) | | |
| L'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) | | |
| La prestation de compensation du handicap (PCH) | | |
| L'aide ménagère versée par les caisses de retraite | | |
| L'aide ménagère au titre de l'aide sociale départementale | | |

Attention : aucune de ces prestations n'est cumulable avec l'allocation personnalisée d'autonomie

3. PATRIMOINE DORMANT

Joindre, le cas échéant, toute pièce justificative des biens et capitaux relevant du patrimoine dormant (photocopie du dernier relevé des taxes foncières sur les propriétés bâties et sur les propriétés non bâties, relevé annuel d'assurance vie...)

Biens immobiliers (non productifs de revenus)

| Nature | Adresse | Valeur Locative |
|--------|---------|-----------------|
| | | |
| | | |

Ne pas déclarer la résidence principale si celle-ci est occupée par le demandeur, son conjoint, ses enfants ou petits-enfants

Biens mobiliers et capitaux non placés (dont assurance vie)

| Nature | Valeur |
|--------|--------|
| | |
| | |

Ne pas déclarer les capitaux placés, y compris ceux exonérés d'impôts (livret A, livret de développement durable, plan d'épargne logement, plan d'épargne en actions...). En revanche, la valeur des contrats d'assurance vie doit être déclarée.

DEMANDE SIMPLIFIEE D'UNE CARTE D'INVALIDITE OU DE STATIONNEMENT

Souhaitez vous bénéficier de la carte d'invalidité prévue à l'article L 241-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles? oui non

Souhaitez vous bénéficier de la carte de stationnement prévue à l'article L 241-3-2 du Code de l'Action Sociale et des Familles? oui non

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PROCHES AIDANTS DU DEMANDEUR

Ce volet du dossier 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

| | AIDANT 1 | AIDANT 2 | AIDANT 3 |
|---|----------|----------|----------|
| Nom et prénom de votre ou de vos aidants | | | |
| Age de votre ou de vos aidants | | | |
| Lieu de résidence de votre ou de vos aidants | | | |
| Liens avec votre ou vos aidants | | | |
| Aide apportée par votre ou vos aidants | | | |
| Durée approximative de cette aide (par jour, par semaine ou par mois) | | | |

Je soussigné(e) _____, agissant en mon nom propre / en ma qualité de représentant légal, certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus. Le fait de percevoir frauduleusement ou de tenter de percevoir frauduleusement des prestations au titre de l'aide sociale est puni par des peines prévues par les articles 313-1, 313-7 et 313-8 du Code Pénal.

J'autorise la transmission par le Département des Hautes-Pyrénées de mon dossier aux caisses de retraite (en cas de rejet d'allocation personnalisée d'autonomie): oui non

DISPOSITIONS RELATIVES À LA LOI DU 6 JANVIER 1978

Les traitements relatifs à cette demande sont informatisés. Ils sont donc soumis aux dispositions de la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 qui protège les droits et libertés individuelles. Conformément à l'article 27 de cette loi, les personnes auprès desquelles sont recueillies des informations nominatives, sont informées que toutes les réponses aux différents questionnaires sont obligatoires. Un défaut de réponse entrainera des retards ou une impossibilité dans l'instruction du dossier. Les destinataires des informations collectées sont exclusivement les administrations ou organismes habilités à connaître les dossiers d'aide à domicile ou en établissement.

En tout état de cause, les personnes concernées ont un droit d'accès et de rectification des informations nominatives stockées ou traitées informatiquement. Pour l'exercice de ce droit, il convient de vous adresser, selon la prestation dont vous bénéficiez, en justifiant de votre identité à : Monsieur le Président du Conseil Départemental des Hautes-Pyrénées.

Fait à _____, le _____

Signature :

Préciser si la personne ne peut signer, l'identité du signataire et le lien avec le demandeur

