

A remplir à l'encre noire

N° de dossier :

Demande : à domicile en établissement
 1^e demande renouvellement

Nom :

Prénom :

Commune :

Je soussigné(e),

agissant en mon nom propre/en ma qualité de représentant ⁽¹⁾

de M., Mme

déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur la présente demande et autorise le Département à transmettre le présent dossier à ma caisse de retraite en cas de rejet de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA).

Je suis informé(e) que mon dossier sera étudié par une équipe pluridisciplinaire et qu'à ce titre des informations me concernant pourront être échangées au sein de cette équipe.

Je suis informé(e) que je bénéficie d'un droit d'opposition à cet échange et partage.

Fait à le

Signature du demandeur ou de son représentant

⁽¹⁾ Rayer la mention inutile

À retourner accompagné des pièces nécessaires (voir la liste jointe au dossier) à :

**Département de la Haute-Savoie
Direction de l'autonomie - Unité APA
1, avenue d'Albigny
CS 32444
74041 Annecy cedex**

Demandeur

Nom :
Nom de naissance :
Prénom :
Date et lieu de naissance :
Numéro de sécurité sociale et organisme :
.....
Nationalité :

Situation familiale

Célibataire Marié(e) Divorcé(e)
 Veuf(ve) Vie maritale PACS

Nombre d'enfants :

Retraite

Oui Non

Si Oui, régime principal de retraite :

.....
.....
.....
.....

Conjoint*

Nom :
Nom de naissance :
Prénom :
Date et lieu de naissance :
Numéro de sécurité sociale et organisme :
.....
Nationalité :

Est-il en activité : Oui Non

Si OUI précisez :

Est-il retraité : Oui Non

Si Oui, précisez le régime principal de retraite :

.....
Lieu de résidence actuelle (si différente de celui du demandeur)
.....
.....
.....

* Conjoint, concubin ou personne avec laquelle le demandeur a conclu un Pacte Civil de Solidarité (PACS)

APA à domicile

Adresse du demandeur

Lieu de résidence actuelle :

.....
.....
.....

Téléphone :

Mail :

Réside à cette adresse depuis le :

Précisez s'il s'agit de :

Domicile personnel
 Accueillant familial
 Résidence autonomie (anciennement foyer logement)
 Autre domicile (enfants, etc.)

Nom et adresse du médecin traitant

.....
.....

APA en établissement

Lieu de résidence actuelle du demandeur

Adresse de l'établissement :

.....
.....
.....

Date d'entrée :

Établissements fréquentés antérieurement

.....
.....
.....

Adresse du domicile antérieur à l'entrée en établissement et date d'arrivée

.....
.....
.....

Personne à contacter pour l'instruction du dossier et la visite d'évaluation :

Nom et qualité (lien de parenté, etc.) :

Adresse :

Copie des courriers à envoyer à cette adresse : Oui Non

Téléphone :

Mail :

Faites-vous l'objet d'une mesure de protection ? Oui Non En cours

Si oui, de quel type : Sauvegarde de justice Curatelle Tutelle Habilitation familiale

Nom et adresse du mandataire judiciaire chargé de la mesure ou de la personne habilitée :

.....
Téléphone :

ALLOCATIONS

Percevez-vous ? (dans tous les cas joindre une copie de la notification de prise en charge) :

L'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP) ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
La Prestation de Compensation du Handicap (PCH) ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
La Majoration pour aide constante d'une Tierce Personne (MTP) ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
La Prestation Complémentaire pour Recours à Tierce Personne (PC RTP) ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
L'aide ménagère versée par les caisses de retraite ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
L'aide ménagère au titre de l'Aide Sociale Départementale ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

 Aucune de ces prestations n'est cumulable avec l'Allocation Personnalisée d'Autonomie.

REVENUS

Possédez-vous des ressources non mentionnées dans la déclaration d'impôts ? Oui Non

	Nature des ressources (ASPA, retraites versées par des organismes étrangers, etc.) Revenus soumis au prélèvement libératoire en application des articles 125-O A et 125-D (bons et contrats de capitalisation)	Montant annuel
Patrimoine du demandeur		
Patrimoine du conjoint (concubin, personne ayant conclu un PACS)		

PATRIMOINE DORMANT

Possédez-vous des biens immobiliers non loués ? Oui Non

	Nature du bien (ex : maison, appartement, terrain, etc.) Adresse et valeur locative indiquée sur le dernier relevé de taxe foncière	Valeur locative
Patrimoine du demandeur		
Patrimoine du conjoint (concubin, personne ayant conclu un PACS)		

Possédez-vous des biens mobiliers et capitaux non placés ? Oui Non

	Assurances-vie - Autres biens (oeuvres d'art, épargne ne procurant pas de revenus, etc.)	Montant
Patrimoine du demandeur		
Patrimoine du conjoint (concubin, personne ayant conclu un PACS)		

Souhaitez-vous solliciter ? :

- La Carte Mobilité Inclusion - Mention Invalidité

Oui

Non

- La Carte Mobilité Inclusion - Mention Stationnement

Oui

Non

⚠ Seul le classement en GIR 1 ou 2 peut ouvrir un droit automatique aux cartes.

Les Cartes Mobilité Inclusion - Mention Invalidité et/ou Stationnement permettent à leurs détenteurs de faciliter leurs déplacements. Elles sont gratuites.

- La Carte Mobilité Inclusion - Mention stationnement permet à son détenteur de se garer sur les places réservées aux personnes handicapées, qu'il soit lui-même au volant de sa voiture ou bien véhiculé par quelqu'un d'autre.
- La Carte Mobilité Inclusion - Mention invalidité permet à son titulaire et à la personne qui l'accompagne d'obtenir une priorité d'accès : aux places assises dans les transports en commun et dans les salles d'attente ainsi que dans les établissements et les manifestations accueillant du public, dans les files d'attente. Elle permet également de bénéficier de réductions accordées, sous certaines conditions, dans les transports (RATP, SNCF, Air France).

A noter : la Carte Mobilité Inclusion - Mention invalidité permet d'avoir une demi-part supplémentaire pour la déclaration d'impôts.

AIDES MISES EN PLACE AU MOMENT DE LA DEMANDE D'APA À DOMICILE

Bénéficiez-vous de soins infirmiers ?

Oui

Non

Nom et adresse du cabinet ou service de soins	Nombre d'intervention(s) par jour	Nombre d'intervention(s) par semaine
.....
.....
.....

Bénéficiez-vous d'une aide à domicile ? Oui

Non

	Nom	Nombre d'heure(s) par jour	Nombre de jour(s) par semaine	Prise en charge par un organisme	
				<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Service d'aide à domicile				<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
				<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
				<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
				<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Emploi salarié				<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Bénéficiez-vous de :

- Portage de repas

Oui

Non

- Téléalarme

Oui

Non

Aide réalisée par les aidants

Personnes de votre famille, de votre entourage amical ou de voisinage qui vous apportent une aide essentielle à la vie quotidienne

Nom - Prénom	Age	Commune de résidence	Fréquence de l'aide (par jour, semaine et mois)

Conformément aux dispositions de la loi modifiée N° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et du Règlement Général de la Protection des Données, vous pouvez vous opposer, pour des motifs légitimes, au traitement des données à caractère personnel vous concernant, sauf lorsque le traitement répond à une obligation légale ou lorsque ce droit d'opposition a été écarté par une disposition expresse de l'acte autorisant le traitement.

Les demandes d'exercice du droit d'accès, de limitation de traitement, de portabilité, de modification, rectification, opposition et effacement peuvent être formulées par écrit, accompagnées d'un titre d'identité, à l'attention du Délégué à la Protection des Données, Département de la Haute-Savoie - 1 Avenue d'Albigny - CS 32444 - 74041 Annecy Cedex ou donneespersonnelles@haut Savoie.fr