Département des Côtes d'Armor

Dossier de demande

d'Allocation Personnalisée d'Autonomie

A – Renseignements relatifs à la personne sollicitant l'allocation		
S'agit-il d'une demande pour le couple ? ☐ Oui ☐ Non		
	Personne sollicitant l'allocation	**Conjoint-e, concubin-e, pacsé-e**
	☐ M^me^ ☐ M.	☐ M^me^ ☐ M.
Nom		
Nom de naissance		
Prénom		
Date de naissance		
Lieu de naissance		
N° Sécurité Sociale (obligatoire)		
Date d'arrivée en France (pour les étrangers) ❶		
Situation familiale ❷		
Caisse de retraite principale ❸		
Adresse du domicile du demandeur depuis le	Bât./Etage/Code : N° Voie : Voie : Code Postal : Commune : Tél. (Obligatoire) : Courriel :	
Vous êtes	☐ Locataire ☐ Usufruitier ☐ Propriétaire ☐ Hébergé à titre gratuit Exonéré(e) de taxe foncière ☐ Oui ☐ Non	
Adresse antérieure	Bât./Etage/Code : N° Voie : Voie : Code Postal : Commune :	
Si vous n'êtes pas actuellement à votre domicile, merci d'indiquer votre adresse	Bât./Etage/Code : N° Voie : Voie : Code Postal : Commune : Préciser s'il s'agit de l'adresse : ☐ d'un membre de votre famille ☐ d'un accueil familial ☐ d'une Résidence autonomie (ex-EHPA) ou d'un EHPAD Etes-vous hospitalisé-e ? depuis le : ☐ Madame ☐ Monsieur Nom de l'établissement :	**N° Dossierr**

cotesdarmor.fr

Merci de vous reporter à la "notice explicative" pour toutes les précisions.

Côtes d'Armor le Département

Faites-vous l'objet d'une mesure de protection ? (tutelle, curatelle, sauvegarde de justice) ☐ Oui (joindre impérativement la copie du jugement) ☐ Non ☐ en cours	
Nom et adresse du tuteur	Nom : Prénom : N° Voie : Voie : Code Postal : Commune : Tél.

Coordonnées de la personne référente (facultatif)	Nom : Prénom : Lien avec le demandeur : N° Voie : Voie : Code Postal : Commune : Tél. fixe : Tél. portable : Courriel : Souhaitez-vous que cette personne soit l'unique destinataire de vos courriers ? ☐ Oui ☐ Non

Coordonnées du médecin traitant (facultatif)	Nom : Commune :

B – Renseignements concernant les revenus ❺ et le patrimoine du demandeur ou du couple

1 – Allocations perçues ou aides déjà accordées ❻

Percevez-vous ?	Le demandeur	Conjoint-e, concubin-e, pacsé-e
L'aide ménagère attribuée par une caisse de retraite	☐ Oui Nb d'heures*	☐ Oui Nb d'heures*
L'aide ménagère au titre de l'aide sociale départementale	☐ Oui Nb d'heures*	☐ Oui Nb d'heures*
L'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP)	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
La Prestation de Compensation du Handicap (PCH)	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
La Majoration pour Tierce Personne (MTP)	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
La Prestation Complémentaire pour Recours à Tierce Personne (PCRTP)	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non

** Le nombre d'heures est à indiquer mensuellement*

2 - Revenus soumis au prélèvement libératoire en application des articles 125-0 A et 125 D du code général des impôts ne figurant pas dans l'avis d'imposition ou de non-imposition à l'impôt sur le revenu

Montant à préciser pour le demandeur	€
Montant à préciser pour le conjoint-e, concubin-e, pacsé-e	€

3 - Patrimoine dormant à renseigner pour le demandeur, et le cas échéant, son conjoint-e, son concubin-e ou la personne avec qui il a conclu un PACS

a. Biens immobiliers (ne pas déclarer la résidence principale si celle-ci est occupée par le demandeur, son conjoint, son concubin, la personne avec qui il a conclu un pacte civil de solidarité, ses enfants ou ses petits enfants)

Nature du bien ❼	Adressse	Préciser si le bien est loué
		☐ Oui ☐ Non
		☐ Oui ☐ Non
		☐ Oui ☐ Non
		☐ Oui ☐ Non

b. Patrimoine financier

La valeur de l'ensemble de vos contrats d'assurance-vie doit être déclarée (joindre tous les derniers relevés annuels de l'ensemble de vos contrats d'assurance-vie).

☐	**Valeur de vos contrats d'assurance-vie** ***Valeurs de l'ensemble de vos contrats d'assurance-vie y compris ceux de votre conjoint ou concubin ou personne avec qui un pacte civil de solidarité a été conclu.***	€

☐ Je soussigné(e) atteste sur l'honneur ne détenir aucun contrat d'assurance-vie à mon nom ni au nom de mon conjoint ou concubin ou personne avec laquelle un pacte civil de solidarité a été conclu.

C - Demande simplifiée de la Carte Mobilité Inclusion (CMI)

Si l'APA vous est accordée au titre du Groupe Iso-Ressources (GIR) 1 ou 2, vous pouvez bénéficier de la CMI comportant les mentions « invalidité » et « stationnement pour personnes handicapées ».

Souhaitez-vous bénéficier de la carte mobilité inclusion comportant :

La mention « invalidité » prévue à l'article L.241-3 : ☐ Oui ☐ Non

La mention « stationnement pour personnes handicapées » prévue à l'article L.241-3 : ☐ Oui ☐ Non

D - Renseignements concernant vos proches aidants

Article L.113-1-3

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 actes ou des activités de la vie quotidienne.

Nom et prénom	Adresse, téléphone et courriel	Date de naissance	Parenté avec l'aidant (ou autre)	Nature de l'aide apportée
				☐ démarches administratives ☐ aide dans vos déplacements ☐ courses ☐ aides à la vie quotidienne* ☐ autres
				☐ démarches administratives ☐ aide dans vos déplacements ☐ courses ☐ aides à la vie quotidienne* ☐ autres
				☐ démarches administratives ☐ aide dans vos déplacements ☐ courses ☐ aides à la vie quotidienne* ☐ autres

** aide à la toilette, habillage,repas...*

Mentions légales

Cadre réglementaire

Les informations recueillies vous concernant font l'objet d'un traitement informatique, auquel vous consentez, destiné à instruire votre demande d'allocation personnalisée d'autonomie à domicile et de contrôler le droit. Cette aide s'inscrit dans le cadre réglementaire suivant :

- Loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie
- Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement
- Règlement général de protection des données (UE 2016/679)
- Loi n°78-16 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée en 2018
- Règlement départemental d'aide sociale
- Décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel
- Délibération n° 2017-142 du 27 avril 2017 portant avis sur un projet de décret autorisant les traitements de données à caractère personnel destinés à la mise en œuvre de l'allocation personnalisée d'autonomie et de l'aide sociale à l'hébergement, par les conseils départementaux (saisine n°17005716)
- Décret n° 2017-880 du 9 mai 2017 autorisant les traitements de données à caractère personnel destinés à la mise en œuvre de l'allocation personnalisée d'autonomie et de l'aide sociale à l'hébergement
- Délibération n° 2016-319 du 13 octobre 2016 portant avis sur un projet de décret autorisant la création de traitements automatisés de données à caractère personnel relatifs à la carte « mobilité inclusion »
- Décret n° 2016-1847 du 23 décembre 2016 autorisant la création de traitements automatisés de données à caractère personnel relatifs à la carte mobilité inclusion

Les données enregistrées sont celles des formulaires liés à la demande d'APA et de CMI, ainsi que les informations librement fournies par l'usager lors de l'évaluation à domicile par le professionnel. Les données n'ont pas pour finalité une prise de décision automatisée.
L'ensemble des données est obligatoire, tout défaut de réponse entraînera des retards ou l'impossibilité de traiter votre dossier.
Les données et catégories de données sont celles énumérées à l'article R. 232-41 du Code de l'Action Sociale et des Familles.
L'article R. 232-44 du CASF liste les catégories de personnes pouvant accéder aux données pour la gestion des aides. Les informations enregistrées sont destinées aux services instructeurs du Département et ne peuvent être communiquées, en cas de besoin nécessaire à l'instruction de votre situation, qu'aux destinataires dûment habilités et intervenant strictement dans le cadre de votre dossier, à savoir, en fonction de leurs missions :

- Les centres communaux d'action sociale (CCAS), les services d'aide et d'accompagnement à domicile, les établissements d'accueil de jour
- Les organismes de retraite
- Les centres locaux d'information et de coordination (CLIC)
- Les maisons du département (MdD)
- Le cas échéant, le médecin traitant, sous réserve du consentement de la personne
- L'ensemble des destinataires prévus à l'article R 232-45 du code de l'action sociale et des familles
- Les décisions sont notifiées à la personne ayant formulé la demande d'aide.
- Pour la CMI :
  - •La Maison Départementale des Personnes Handicapées
  - •L'imprimerie Nationale

Les données enregistrées sont conservées conformément aux prescriptions des archives départementales et à l'article R. 232-46 du code de l'action sociale et des familles.
Conformément aux articles 39 et 40 de la loi « informatique et libertés » du 06 janvier 1978 modifiée en 2018, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification aux informations qui vous concernent. Vous pouvez également définir le sort de vos données après votre décès, en vous adressant, par voie postale, au Délégué à la Protection des Données – Département des Côtes d'Armor – 9 place du Général de Gaulle – 22000 SAINT-BRIEUC. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant, sauf si ce droit a été écarté par une disposition législative.

Fraude et fausse déclaration

Toute fraude, fausse déclaration ou falsification de document, toute tentative usurpée d'un droit, exposent à des sanctions pénales et financières prévues par la loi (article L. 433,19, L. 441-7, L. 313,1, L. 313,3 du Code Pénal).

Je soussigné·e, _____, agissant

☐ en mon nom propre ☐ en ma qualité de représentant légal de

_____

certifie avoir pris connaissance des dispositions réglementaires concernant l'APA et la CMI le cas échéant et certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant au présent dossier.

Fait à _____, le _____ Signature obligatoire _____

Ce dossier, une fois complété, doit être impérativement renvoyé, au moyen de l'enveloppe pré-renseignée à cet effet dans le dossier, à l'adresse ci-dessous

Département des Côtes d'Armor
Direction Personnes Âgées et Personnes Handicapées - Allocation Personnalisée d'Autonomie
9 place du Général de Gaulle – CS 42371 - 22023 SAINT-BRIEUC CEDEX 1
Courriel : contact.apa@cotesdarmor.fr / Cotesdarmor.fr / Département Infos Services : 02 96 62 62 22

Côtes d'Armor le Département

Département des Côtes d'Armor

Notice explicative

relative à la demande
d'Allocation Personnalisée d'Autonomie

A - Liste des pièces justificatives à joindre impérativement à votre demande d'APA

Le même dossier peut concerner une demande pour un couple à condition de fournir les pièces relatives à chacune des personnes.

❒ Photocopie de la **carte nationale d'identité** ou du **passeport de la Communauté Européenne** ou du **livret de famille** ou d'un **extrait d'acte de naissance**

ou pour les étrangers : ❒ Photocopie de la **carte de résidence** ou du **titre de séjour**

❒ Photocopie **en intégralité** du dernier avis d'imposition ou de non imposition sur le revenu

❒ Si vous êtes détenteur d'une ou plusieurs assurances-vie, photocopie du (des) dernier(s) relevé(s) annuel(s) de **l'ensemble de votre (vos) contrat(s) assurances-vie** et le cas échéant **ceux de votre conjoint-e, concubin-e, ou de la personne avec qui vous avez conclu un PACS**.

❒ Relevé d'Identité Bancaire (RIB) **au nom du demandeur ou de son représentant légal**

❒ Bulletin médical **sous pli confidentiel rempli par le médecin traitant**
(Ce bulletin, mis sous enveloppe portant les nom et prénom du demandeur ainsi que la mention « confidentiel SECRET MÉDICAL », n'est pas obligatoire mais peut faciliter votre évaluation)

Pour les propriétaires et usufruitiers

❒ Photocopie **en intégralité** du ou des dernier(s) relevé(s) de taxes foncières sur les propriétés bâties et sur les propriétés non bâties en tant que propriétaire ou usufruitier du demandeur

Si vous bénéficiez d'une mesure juridique de protection

❒ Copie du jugement de tutelle ou de curatelle

B - Renseignements relatifs à la personne sollicitant l'allocation

❶ Date d'arrivée en France (pour les étrangers) – Articles L.232-2 et R.232-2 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF).

❷ Situation familiale : préciser célibataire, marié-e, divorcé-e, veuf-ve, concubin-e ou pacsé-e.

❸ Caisse de retraite principale : merci de vérifier auprès de votre ou vos caisse(s) de retraite. Votre caisse principale n'est pas forcément celle qui vous verse le montant de pension le plus élevé.

❹ Établissements

En Côtes d'Armor, les Établissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) perçoivent directement l'APA sous forme d'une dotation globale. **Il n'y a donc pas de dossier à établir.** Toutefois, certaines petites structures notamment les Résidences autonomie (ex-Établissements d'Hébergement pour Personnes Agées -EHPA-) nécessitent de remplir une demande APA. Merci de vous renseigner auprès de l'établissement.

Autres départements : joindre au dossier, l'arrêté de tarification de l'établissement, la date d'entrée dans la structure et votre grille Autonomie-gérontologie-groupe-iso-ressources (AGGIR) définissant votre niveau de dépendance. Se renseigner auprès de l'établissement.

❺ **Revenus et patrimoine :** toutes les ressources (de source française ou étrangère) doivent être déclarées aux services fiscaux français qu'elles soient imposables ou non en France. Elles sont prises en compte pour le calcul d'autres impôts ou prestations (taux de participation au titre de l'APA).

❻ Allocations perçues ou aides déjà accordées, **non cumulables avec l'APA** :

- ❒ **Les heures d'aide à domicile pour les personnes GIR 5-6,** attribuées par une caisse de retraite.
- ❒ **L'Allocation Compensatrice Tierce personne (ACTP) et les services ménagers** au titre de l'aide sociale, versés par le Département.
- ❒ **La Prestation de Compensation du Handicap (PCH),** attribuée par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) et versée par le Département.
- ❒ **La Majoration Tierce personne (MTP)** ou la **Prestation complémentaire pour recours à tierce personne (PCRTP),** versée par la caisse d'Assurance Maladie dont vous dépendez.

❼ Nature des biens : immeuble bâti concerne maison, appartement... et le non bâti concerne les terres...

❽ **Carte Mobilité Inclusion (CMI)**

La **Carte Mobilité Inclusion "stationnement"** (ex-carte européenne de stationnement) permet à son titulaire, ou à la personne qui l'accompagne, de **stationner sur les places réservées aux personnes handicapées.**

La **Carte Mobilité Inclusion "priorité ou invalidité"** permet notamment une **priorité d'accès aux places assises** dans les transports en commun, dans les espaces et salles d'attente, les établissements et manifestations accueillant du public ainsi qu'une **priorité dans les files d'attente** des lieux publics.

(Cf article L241-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles et site internet MDPH : ***http://mdph.cotesdarmor.fr****)*

Département des Côtes d'Armor
Direction personnes âgées et personnes handicapées

Allocations pour l'autonomie
9 place du Général de Gaulle I CS 42371
22023 Saint-Brieuc Cedex 1
Courriel : contact.apa@cotesdarmor.fr

DPT22•DirCom•mlr102018

Département des Côtes d'Armor

Bulletin médical

(daté de moins de 3 mois)

(À joindre au dossier administratif sous pli confidentiel destiné au Médecin Conseil de la Direction personnes âgées et personnes handicapées ou aux professionnels para-médicaux du Département).

Objet : Demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie

Personne pour laquelle l'aide est sollicitée

Nom et prénom	
Date de naissance	
Adresse	

Bilan de santé

	Poids ..... kg	Taille.....cm	
Pathologie principale responsable de la perte d'autonomie			
Autres pathologies			
Déficits visuel et auditif			
Traitement médical			
Interventions paramédicales (kinésithérapeute, soins à domicile par IDE ou aide soignante, HAD)			
Perspectives d'évolution	☐ Aggravation	☐ Stabilité	☐ Amélioration

Votre patient présente-t-il les troubles suivants ? Commentaires éventuels

Incontinence	Urinaire	☐oui ☐non ☐ Sonde à demeure	
	Anale	☐oui ☐non ☐ Poche de colostomie	
Déficit cognitif	Troubles de la mémoire	☐oui ☐non	
	Troubles du langage	☐oui ☐non	
	Trouble praxiques/gnosiques	☐oui ☐non	
Cohérence	Réponse adaptée aux questions	☐oui ☐non	
	Bonne capacité de raisonnement	☐oui ☐non	
	Bonne capacité de jugement	☐oui ☐non	

Orientation dans le temps	☐ Bien orienté	Orientation dans l'espace	☐ Bien orienté
	☐ Troubles mineurs		☐ Troubles mineurs
	☐ Troubles majeurs		☐ Troubles majeurs

Score MMS (s'il est connu) . . . . . .

Évaluation de la perte d'autonomie de votre patient

Votre patient a-t-il besoin d'aide d'une tierce personne ou d'une stimulation pour effectuer les actes de la vie quotidienne suivants ?

	Besoin de tierce personne	Besoin de stimulation	Commentaires éventuels
Se lever du lit et/ou se coucher	☐	☐	
Se lever d'une chaise et des WC et s'asseoir	☐	☐	
Marcher dans son logement	☐	☐	
Faire sa toilette	☐	☐	
S'habiller	☐	☐	
Manger	☐	☐	

Vous pouvez si vous le souhaitez apporter des précisions :

Votre patient peut-il réaliser seul les actes suivants ?

Faire ses courses	☐oui	☐non	**Gérer son traitement**	☐oui	☐non
Faire la cuisine	☐oui	☐non	**Gérer son budget**	☐oui	☐non

Votre patient a-t-il besoin d'aides techniques ? (cannes, déambulateur, fauteuil roulant, lit médicalisé, lève-malade...)

(ces éléments n'ont pas d'incidence sur le groupe GIR)

Bulletin rempli le . . . . / . . . . / . . . . . .

Cachet et signature du médecin

Département des Côtes d'Armor
Direction personnes âgées et personnes handicapées

Allocations pour l'autonomie
9 place du Général de Gaulle I CS 42371
22023 Saint-Brieuc Cedex 1
Courriel : contact.apa@cotesdarmor.fr

DPT22•DirCom•mlr102018

cotesdarmor.fr

Département Infos Services
02 96 62 62 22

Côtes d'Armor le Département