

2 - ADRESSE (suite)

Pour les personnes résidant en structure médico-sociale (logement foyer, EHPAD, petite unité de vie) ou en famille d'accueil agréée, indiquer l'adresse précédente du demandeur :

Du au

Lieu de résidence actuel du conjoint, si différent de celui du demandeur :

3 - MESURES DE PROTECTION

Mentionner, le cas échéant, l'existence d'une mesure de protection juridique : sauvegarde de justice curatelle tutelle
(Si oui, joindre la copie du justificatif).

Nom et adresse du tuteur ou de l'association chargée de la mesure : _____

4 - COORDONNÉES

Coordonnées de la personne référente à contacter pour la visite d'évaluation à domicile ou en cas d'urgence (enfant, parent, autres...).

Nom, adresse, n° de téléphone : _____

Nom du médecin traitant du demandeur (nom, adresse, téléphone) : _____



B - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES REVENUS ET LE PATRIMOINE DU DEMANDEUR

L'appréciation des ressources permettant le calcul de votre participation s'effectuera principalement à partir de votre dernier avis d'imposition ou de non-imposition à l'impôt sur le revenu et du relevé de la taxe foncière sur les propriétés bâties et non bâties.

1 - RESSOURCES NE FIGURANT PAS DANS L'AVIS D'IMPOSITION OU DE NON-IMPOSITION À L'IMPÔT SUR LE REVENU

(à remplir uniquement par les personnes destinataires d'une attestation bancaire annuelle)

Avez-vous des revenus soumis au prélèvement libératoire en application de l'article 125-0 A et 125 D du code général des impôts ?

Oui Non Si oui, montant à préciser pour le demandeur : _____

Montant à préciser pour son conjoint, son concubin ou la personne avec laquelle il a conclu un pacte civil de solidarité :

2 - ALLOCATIONS

Percevez-vous ?

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 (PCRTP)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
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
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

Attention :

Aucune de ces prestations n'est cumulable avec l'allocation personnalisée d'autonomie

3 - PATRIMOINE DORMANT (biens ou capitaux ni exploités ni placés)

À renseigner pour le demandeur et, le cas échéant, son conjoint, son concubin ou la personne avec laquelle il a conclu un pacte civil de solidarité.

a) AVEZ-VOUS DES BIENS IMMOBILIERS ? (à l'exception de la résidence principale lorsqu'elle est occupée par l'intéressé, son conjoint, son concubin ou la personne avec laquelle il a conclu un pacte civil de solidarité, ses enfants ou petits-enfants)

Oui Non (Si oui, remplir le cadre suivant) :

NATURE (propriétés bâties, non bâties)	ADRESSE	VALEUR LOCATIVE (indiquée dans le dernier relevé de la taxe foncière sur les propriétés bâties et sur les propriétés non bâties)

b) AVEZ-VOUS DES BIENS MOBILIERS ET CAPITAUX NON PLACÉS ? (dont assurance vie)

(NOTA : 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...), qui ne constituent pas du patrimoine dormant. En revanche, la valeur des contrats d'assurance-vie, qui relèvent du patrimoine dormant, doit être déclarée.)

C - DEMANDE SIMPLIFIEE D'UNE CARTE MOBILITE INCLUSION (CMI) (Article L. 241-3 du code de l'action sociale et des familles)

Souhaitez-vous bénéficier de la carte mobilité inclusion comportant la mention « invalidité » ou « priorité » :

Oui Non

Souhaitez-vous bénéficier de la carte mobilité inclusion comportant la mention « stationnement pour personnes handicapées » :

Oui Non

Bénéficiez vous déjà d'une :

• « carte invalidité » : Oui Non Date d'expiration : _____

• « carte de priorité » : Oui Non Date d'expiration : _____

• « carte de stationnement pour personnes handicapées » : Oui Non Date d'expiration : _____

 **Les cartes en cours restent toujours valables sur leurs périodes de validité, et au plus tard jusqu'au 31/12/2026.
Dans ce cas les nouvelles cartes CMI ne sont donc pas nécessaires.**

D - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PROCHES AIDANTS DU DEMANDEUR (LE CAS ÉCHÉANT)

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.

Nom(s) et prénom(s) de votre ou de vos aidants :

Âge(s) de votre ou de vos aidants :

Lieu de résidence de votre ou de vos aidants :

Nature de votre lien avec votre ou vos aidants :

Nature de l'aide apportée (par exemple accompagnement dans les déplacements à l'extérieur de votre domicile, courses...) :

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

E - EN CAS DE REJET DE L'APA

Autorisez-vous la transmission de votre dossier à votre caisse de retraite pour qu'il soit procédé à l'étude de vos droits au titre de l'aide ménagère ?

Oui Non

F - DÉCLARATION SUR L'HONNEUR**a) DISPOSITIONS RELATIVES À LA LOI « INFORMATIQUE ET LIBERTÉ »**

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 individuels.

Conformément à l'article 27 de cette loi, les personnes auprès desquelles sont recueillies des informations nominatives sont informées que :

- 1 • Toutes les réponses aux différents questionnaires sont obligatoires. Un défaut de réponse entraînera des retards ou une impossibilité dans l'instruction du dossier ;
- 2 • Les destinataires des informations collectées sont exclusivement les administrations et organismes habilités à connaître des dossiers d'aide à domicile ou en établissement ;
- 3 • 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 du Nord.

b) DISPOSITIONS RELATIVES À LA TRANSMISSION DES INFORMATIONS ET À LA FRAUDE

- Conformément à l'article L.232-16 du code de l'action sociale et des familles, pour vérifier les déclarations des intéressés, les services chargés de l'évaluation des droits à l'allocation personnalisée d'autonomie peuvent demander toutes les informations nécessaires aux administrations publiques, notamment aux administrations fiscales, aux collectivités territoriales, aux organismes de sécurité sociale et de retraite complémentaire qui sont tenus de les leur communiquer.
- Le fait de percevoir ou de tenter de percevoir frauduleusement des prestations au titre de l'aide sociale est puni des peines prévues par les articles 313-1, 313-7 et 313-8 du code pénal.

Je soussigné(e) M. Mme _____

agissant en mon nom propre ou en qualité de représentant(e) légal(e) du demandeur,
certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis ci-dessus.

Fait à _____ le _____

Signature :