

Votre 1^{ère} demande

A.P.A

Allocation Personnalisée à l'Autonomie

En Établissement



À compléter par le demandeur :

Nom – prénom :

Adresse du demandeur avant l'entrée en établissement (domicile de secours)

Rue (lieu-dit) :

CP : Commune :

Nom de l'établissement d'hébergement :

.....

Réservé à l'administration :

Demande reçue le :

N° individu :

MDS :

Qui peut demander l'APA en établissement ?

Toute personne âgée de 60 ans ou plus remplissant les conditions suivantes :

- Résider en France
- Attester d'une résidence stable
- Avoir besoin d'une aide pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne ou nécessiter une surveillance régulière.

Quelles sont les démarches à accomplir ?

1) Compléter le présent dossier de demande d'APA en établissement

2) Fournir les justificatifs suivants :

- Copie du livret de famille ou carte nationale d'identité ou passeport de l'Union Européenne ou extrait d'acte de naissance, ou en cas de nationalité étrangère, copie de la carte de résidence ou titre de séjour en cours de validité
- Relevé d'identité bancaire ou postal au nom du demandeur
- Copie de la carte Vitale
- Copie intégrale du dernier avis d'imposition ou de non-imposition à l'impôt sur le revenu du demandeur, du conjoint, du concubin ou de la personne ayant conclu un PACS
- Copie des derniers avis d'imposition relatifs à la taxe foncière sur les propriétés bâties et à la taxe foncière sur les propriétés non bâties
- Attestation bancaire des biens mobiliers et épargne (livrets, Codevi, LDD, actions, obligations...)
- Copie du jugement de protection juridique, le cas échéant
- Grille AGGIR, complétée, datée et signée par le médecin coordonnateur de l'établissement
- Bulletin de situation en cas d'hospitalisation
- Attestation de présence dans l'établissement

Pour les établissements hors-Gers :

- Arrêté de tarification de l'établissement.
- N° SIRET
- RIB de l'établissement.

Comment est calculé le montant de l'APA ?

Le montant de l'APA susceptible d'être attribué dépend de trois éléments :

- Le GIR (groupe iso-ressources) du bénéficiaire, c'est-à-dire le degré d'autonomie (GIR 1 à 4)
- Les tarifs dépendance de l'établissement pour les différents GIR
- Les ressources du bénéficiaire, qui déterminent le niveau de sa participation (part du tarif dépendance laissé à la charge du bénéficiaire)

L'APA ne donne lieu à aucune récupération sur succession.

Dispositions informatique et libertés

Les données à caractère personnel recueillies pour l'instruction des demandes d'APA sont nécessaires et font l'objet d'un traitement informatique par le Département du Gers.

Un défaut de réponse entraînera des retards ou ne permettra pas d'instruire le dossier.

Les destinataires des informations collectées sont exclusivement les services départementaux et les organismes habilités à l'instruction des dossiers, au vu de leurs missions spécifiques.

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant, ainsi que d'un droit d'opposition à leur traitement pour motif légitime.

Vous pouvez exercer ce droit en adressant un courrier au Département du Gers, 81 route de Pessan, BP 20569 – 32022 Auch Cedex 9.

Identification du demandeur de l'APA

Nom :

Nom de naissance :

Prénom (s) :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Nationalité :

Situation familiale :

Célibataire Marié (e) Concubinage Séparé(e) depuis le :

Veuf (ve) Divorcé (e) Personne ayant conclu un PACS (Pacte Civil de Solidarité)

Numéro de sécurité sociale :

Etes-vous retraité (e) : Oui Non

Si non, précisez :

Si oui, nom de l'organisme principal de retraite :

CARSAT MSA RSI CNRACL Autres (à préciser) :

Identification du conjoint, concubin ou membre du PACS du demandeur

Nom :

Nom de naissance :

Prénom (s) :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Nationalité :

Numéro de sécurité sociale :

Est-il en activité : Oui Non

Est-il retraité : Oui Non

Si oui, nom de l'organisme principal de retraite :

CARSAT MSA RSI CNRACL Autres (à préciser) :

Renseignements sur l'établissement

Nom de l'établissement d'hébergement :

Adresse :

Code postal : Commune :

Téléphone : Mail :

Date d'entrée :

Autres renseignements

Mesure de protection Juridique

Le demandeur fait-il l'objet d'une mesure de protection juridique ? Oui Non En cours

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

(Joindre le jugement)

Nom de l'organisme chargé de la mesure :

Nom et prénom du mandataire judiciaire :

Adresse :

Médecin traitant

Nom du médecin :

Adresse :

Téléphone :

Personne à contacter pour suivre le dossier

Nom - Prénom :

Adresse :

Téléphone : Portable :

Mail :

Lien avec le demandeur :

Enfant Petit - enfants Frère - Sœur Ami(e)

Autres (à préciser) :

Personne ou organisme à l'origine de la demande

Demandeur Famille Représentant légal Service social

EHPAD Autres (à préciser) :

Aides existantes

Bénéficiez-vous d'une autre aide ? Oui* Non Montant

Si oui, Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP)

Prestation de Compensation du Handicap (PCH)

Majoration Tierce Personne (MTP) (Sécurité Sociale ou caisse de retraite)

Prestation Complémentaire par Recours à Tierce Personne (PC RTP)

*(Joindre le justificatif correspondant)

Pour information : l'A.P.A n'est cumulable avec aucune de ces prestations.

Revenus et patrimoine du demandeur, du conjoint, concubin ou de la personne avec laquelle vous avez conclu un P.A.C.S

La résidence principale ne doit pas être déclarée si elle est occupée par le demandeur, son conjoint, concubin, pacsé ses enfants et petits-enfants.

Ressources ne figurant pas dans l'avis d'imposition ou de non-imposition à l'impôt sur le revenu :

Montant des revenus soumis au prélèvement libératoire, en application de l'article 125-A du Code Général des Impôts, pour :

- le demandeur : €

- le conjoint, concubin ou la personne pacsée : €

Patrimoine dormant :

- Possédez-vous des biens immobiliers non loués ou occupés à titre gratuit ? Oui Non

Si oui, préciser la nature des biens et adresses dans le tableau ci-dessous

Nature et adresse des biens (ex : maisons, terrains, appart.et terres agricoles)	Préciser le propriétaire		Valeur locative* (€)	Lien de parenté du l'occupant éventuel
	Demandeur	Conjoint / autres		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

* Valeur locative indiquée dans le dernier relevé de la taxe foncière sur les propriétés bâties ou non bâties ou sur l'extrait de la matrice cadastrale disponible en mairie.

- Possédez-vous des biens mobiliers ? Oui Non

Si oui, précisez la valeur : €

(objets d'art et de valeur, bateaux, chevaux de courses,...)

- Possédez-vous de l'épargne ? Oui Non

Si oui, joindre les justificatifs au 31 décembre de l'année écoulée.

Revenus complémentaires

Percevez-vous :

- des rentes viagères, constituées pour vous prémunir contre les risques de perte d'autonomie ?

Oui* Non

- de concours financiers apportés par vos enfants liés à la perte d'autonomie ?

Oui* Non

* Si oui, joindre le(s) justificatif(s)

Formulaire de demande de Carte Mobilité inclusion (CMI) pour les bénéficiaires de l'APA Article L 241-3 du code l'action sociale et des familles

- Si vous bénéficiez de l'APA au titre du GIR 1 ou 2 :

Vous pouvez bénéficier, sans autre condition et à titre définitif, de la CMI, portant les mentions invalidité et stationnement pour personnes handicapées.

- Si vous bénéficiez de l'APA au titre du GIR 3 ou 4 et si votre situation le justifie :

Vous pouvez bénéficier de la CMI portant la mention « priorité »* et /ou la mention « stationnement pour personnes handicapées ».

- Bénéficiez-vous actuellement ?

- d'une carte d'invalidité : Oui Non

- d'une carte de priorité : Oui Non

- d'une carte de stationnement : Oui Non

- Souhaitez-vous la délivrance, dans le cadre du dossier de demande d'APA ?

- de la CMI portant la mention « invalidité ou priorité »* : Oui Non

- de la CMI portant la mention « stationnement pour personne handicapée » : Oui Non

** La CMI portant mention ou « invalidité » ou « priorité » relève de l'appréciation de la CDAPH. Votre demande sera transférée, par nos services, à la MDPH du Gers.*

Attestation sur l'honneur

Je soussigné(e), Monsieur, Madame,

Agissant en mon nom propre,

Représentant de Monsieur ou Madame

Déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur la présente demande.

Fait à, le

Signature du demandeur ou de son représentant légal :

La loi rend passible d'amende et / ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations.

Demande à retourner à l'adresse suivante

Département du Gers
Direction Handicap Dépendance
Service Action Gérontologique
81 route de Pessan
BP20569
32022 AUCH Cedex 9