

Je soussigné(e),
agissant en mon nom propre / en ma qualité de représentant légal de

- certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus ;
- certifie avoir pris connaissance des conséquences de la demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie, décrites ci-après :
 - pour vérifier les déclarations des intéressés, le Conseil départemental chargé de l'évaluation des droits peut demander toutes pièces justificatives à l'intéressé(e), ainsi que 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, (article L 232-16 du code de l'action sociale et des familles) ;
 - sans préjudice des actions en recouvrement des sommes indûment versées, le fait d'avoir frauduleusement perçu l'Allocation Personnalisée d'Autonomie est puni des peines prévues par les articles 313-1 à 313-3 du Code Pénal (article L 232-27 du code de l'action sociale et des familles) ;
 - le bénéficiaire a l'obligation de participer au financement du plan d'aide à hauteur du montant figurant sur la décision d'admission à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie. A défaut, le versement de l'allocation peut être suspendu (article L 232-7 du code de l'action sociale et des familles) ;
 - toutes les réponses aux différents questionnaires sont obligatoires. Un défaut de réponse entraîne des retards ou une impossibilité dans l'instruction du dossier.
- en cas d'octroi de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie en service prestataire
 - **à domicile**
 - j'ai pris acte que le Conseil départemental communique les éléments de la prestation APA, directement au service prestataire d'aide à domicile.
 - j'ai pris acte que le Conseil départemental verse la partie de l'Allocation affectée à la rémunération, directement au service prestataire d'aide à domicile.
 - **en établissement**
 - j'autorise je n'autorise pas

le Conseil départemental à verser l'allocation directement à l'établissement d'hébergement.
- en cas de rejet de l'allocation Personnalisée d'Autonomie à domicile
 - j'autorise je n'autorise pas

le Conseil départemental à communiquer les éléments du dossier aux caisses de retraite.

Fait à le
Signature du demandeur
ou du représentant légal

À adresser à
Monsieur le Président du Conseil départemental de la Haute-Garonne
DIRECTION POUR L'AUTONOMIE PERSONNES AGÉES PERSONNES HANDICAPÉES
ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE
1, boulevard de la Marquette
31090 TOULOUSE cedex 9

DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE

Demande d'aide d'une personne âgée de 60 ans et plus pour faire face à la couverture des besoins liés à la conséquence de la perte d'autonomie, pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou dont l'état nécessite une surveillance régulière.

A domicile En établissement Accueil chez un particulier agréé

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE FOYER DU DEMANDEUR

| LE DEMANDEUR | CONJOINT - CONCUBIN - PACS |
|---|--|
| NOM (de naissance) | NOM (de naissance) |
| Nom marital | Nom marital |
| Prénoms | Prénoms |
| Date et lieu de naissance | Date et lieu de naissance |
| Nationalité <input type="checkbox"/> Française <input type="checkbox"/> Union européenne <input type="checkbox"/> Autre | N° sécurité sociale du conjoint |
| Date d'arrivée en France | Est-il en activité <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| N° sécurité sociale | Est-il retraité <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Êtes-vous retraité <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | Si oui, régime de retraite principal |
| Si oui, régime de retraite principal | |

SITUATION DE FAMILLE

marié(e) divorcé(e) veuf(ve)
 concubin(e) célibataire pacte civil de solidarité

ADRESSE ACTUELLE DU DEMANDEUR

Précisez s'il s'agit : du domicile en location comme propriétaire
 d'un établissement d'hébergement, date d'entrée : | | | | | | | |
 d'un accueil au domicile d'un particulier agréé, date de début d'accueil : | | | | | | | |
 d'un hébergement chez M. lien de parenté

Adresse complète (N°, voie, appt,...) :

Téléphone domicile Téléphone mobile

Adresse courriel @

Êtes-vous hospitalisé ? oui non

Si oui, dans quel établissement de santé ? :

Depuis le :

Le conjoint-concubin - PACS vit-il au domicile ? oui non

Autre lieu de résidence, coordonnées :

Est-il hébergé en établissement ? oui non

Si oui, coordonnées

ADRESSE PRÉCÉDENTE (DATE D'ARRIVÉE ET DATE DE DÉPART)

Adresse de votre ancien domicile (hors établissement médico-social) :
..... Du au

DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE

PIÈCES À JOINDRE IMPÉRATIVEMENT AU DOSSIER DÛMENT COMPLÉTÉ

- 1- 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,

ou, s'il s'agit d'un demandeur de nationalité étrangère, la photocopie recto-verso de la carte de résidence ou du titre de séjour,
- 2- La photocopie du dernier avis d'imposition ou de non imposition sur le revenu,
- 3- Le cas échéant, toute pièce justificative des biens ou capitaux relevant du patrimoine dormant (photocopie du dernier relevé de la taxe foncière sur les propriétés bâties et/ou sur les propriétés non bâties, attestation de la banque pour les placements...),
- 4- Références bancaires IBAN et RIB, au nom du bénéficiaire.

À JOINDRE EN COMPLÉMENT DU DOSSIER

- Si vous faites l'objet d'une mesure de protection (tutelle, curatelle, etc.) : copie du jugement,
- Le certificat médical rempli par le médecin traitant dans l'enveloppe confidentielle ci-jointe,
- Si vous êtes hébergé(e) dans un établissement hors Haute-Garonne, joindre le dernier arrêté de tarification, à solliciter auprès de la direction de l'établissement. Ce document pourra être remis après le dépôt du dossier d'APA.

INFORMATION RELATIVE À LA LOI INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Les traitements relatifs à cette demande sont informatisés. Ils sont donc soumis aux dispositions de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et libertés, qui protège les droits et libertés individuels.

Conformément aux articles 39 et 40 de la loi, les personnes desquelles sont recueillies des informations nominatives sont informées que :
1° les destinataires des informations collectées sont exclusivement des administrations et organismes habilités à connaître des dossiers d'aide à domicile ou en établissement,
2° en tout état de cause, les personnes concernées ont un droit d'accès ou de vérification des informations nominatives stockées ou traitées informatiquement.

Pour l'exercice de ce droit, il convient de vous adresser par lettre ou courriel, en justifiant de votre identité, à Monsieur le Président du Conseil départemental de la Haute-Garonne.

LES PRINCIPES DE LA PRESTATION D'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE

L'APA pour quoi faire ?

- L'APA à domicile sert à financer des dépenses concourant au maintien à domicile des personnes de plus de 60 ans en perte d'autonomie en leur permettant de bénéficier d'aides nécessaires à l'accomplissement des actes de la vie courante (s'habiller, se déplacer, se lever, se coucher, prendre ses repas,...)

Quelles sont mes obligations en tant que bénéficiaire de l'APA ?

- L'APA est une prestation affectée à la couverture des dépenses relevant d'un plan d'aide. Aussi, vous devez fournir tous les justificatifs liés à l'utilisation de l'aide sur demande du Conseil départemental.
- Tout changement ultérieur de situation (hospitalisation, départ en vacances,...) ou modification dans le choix et l'organisation d'intervention, doivent être signalés par écrit au service Instruction Allocation Personnalisée d'Autonomie du Conseil départemental dans les plus brefs délais.
- Vous souhaitez intégrer une structure accueillant des personnes âgées. Vous devez signaler ce changement par écrit à l'administration afin que votre dossier soit mis à jour. L'Allocation personnalisée d'autonomie à domicile est alors arrêtée et remplacée par une Allocation personnalisée d'autonomie en établissement afin de couvrir une partie du tarif lié à la dépendance.

J'estime que mon plan d'aide n'est plus adapté. Que dois-je faire ?

- Tous les deux ans, votre plan d'aide fait l'objet d'une révision automatique par l'administration.
- De la même manière, à tout moment, à votre demande, une révision peut être sollicitée. Une nouvelle visite à domicile est alors effectuée afin d'adapter le plan d'aide à votre situation. Vous devez nous faire parvenir une demande de révision par courrier, courriel ou fax, à laquelle vous joignez une photocopie de votre dernier avis d'imposition sur le revenu (ainsi qu'une copie de votre dernière taxe foncière si vous êtes propriétaire).

Informations complémentaires

- Les tarifs des services d'aide à domicile sont variables. Une partie du coût de l'intervention des services d'aide à domicile dépend de leur tarification. L'Équipe médico-sociale de la Maison des Solidarités du Conseil départemental vous accompagne dans vos démarches de recherche d'un service d'aide à domicile. N'hésitez pas à la solliciter pour plus d'information à ce sujet.

- A noter que l'APA ne peut se cumuler avec l'aide ménagère, l'allocation compensatrice tierce personne, la majoration tierce personne et la prestation complémentaire pour recours à tierce personne versées par un régime de sécurité sociale. Ni avec la Prestation de compensation du handicap (PCH).