

**Votre 1<sup>ère</sup> demande**



# A.P.A

## Allocation Personnalisée à l'Autonomie en Établissement

### A compléter par le demandeur :

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse du demandeur avant entrée en établissement: .....

Rue .....

(lieu-dit) : .....

CP : ..... Commune : .....

**Le demandeur réside-t-il depuis + 3 mois à cette adresse ?**

**oui non**

Si non, précisez l'adresse précédente

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

Nom de l'établissement d'hébergement :

.....

### Dossier à retourner à l'adresse suivante :

Département du Gers

Direction des Politiques de l'Autonomie

Service Prestations Autonomie

81 route de Pessan – BP 20569 – 32022 AUCH Cedex 9



## 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

Copie de la carte Vitale et copie de l'attestation de droit à l'assurance maladie

Copie intégrale du dernier avis d'imposition ou de non-imposition à l'impôt sur le revenu du demandeur, du conjoint, du concubin ou du partenaire de Pacs (Pacte Civil de Solidarité)

Si pension étrangère, fournir le justificatif

Si vous percevez une rente viagère constituée par vous-même ou vos enfants pour vous prémunir contre le risque de perte d'autonomie, joindre les justificatifs,

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, autre que la résidence principale

Copie du jugement de protection juridique, le cas échéant

Grille AGGIR, complétée, datée et signée par le médecin coordonnateur de l'établissement

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,

## LA SITUATION DU DEMANDEUR ET DE SON CONJOINT

Si le demandeur est en couple (mariage, PACS ou concubinage), les ressources de son conjoint sont prises en compte dans le calcul de l'aide. Il est donc nécessaire de renseigner les informations le concernant.

	LE DEMANDEUR	LE CONJOINT Mariage, PACS ou concubinage
Situation de famille du demandeur	Marié PACS, En concubinage Célibataire Divorcé ou séparé Veuf	Si le demandeur est célibataire, divorcé, séparé ou veuf, veuillez ne pas remplir cette colonne
Sexe	Femme Homme	Femme Homme
Nom d'usage		
Nom de naissance		
Prénom(s)		
Date de naissance		
Ville de naissance		
Département de naissance		
Pays de naissance		
Numéro de sécurité sociale à 15 chiffres		
Caisse de retraite principale		
Lieu de résidence		Domicile EHPAD Domicile d'un accueillant familial (particulier agréé par le département) Résidence autonomie Autre:

## RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉTABLISSEMENT D'HÉBERGEMENT

Nom de l'établissement : .....

Adresse : .....

Code postal : .....Commune : .....

Téléphone : ..... Courriel : .....

Date d'entrée : .....

## MESURE DE PROTECTION

Si le demandeur fait l'objet d'une mesure de protection, préciser de quelle mesure de protection il s'agit :

Sauvegarde de justice

Tutelle

Curatelle simple

Habilitation familiale

Curatelle renforcée

Mandat de protection future «activé»

## LE MANDATAIRE OU L'ORGANISME DE PROTECTION JURIDIQUE

Nom de l'organisme : .....

Civilité du mandataire      Madame      Monsieur

Nom et prénom du mandataire : .....

Adresse : .....

Téléphone : ..... Courriel : .....

**JOINDRE OBLIGATOIREMENT LA PHOTOCOPIE DU JUGEMENT DE LA MESURE DE PROTECTION**

## PERSONNE PROCHE À CONTACTER

Cette rubrique permet d'identifier la personne qui aide le demandeur dans ses démarches administratives. Cette personne sera contactée, le cas échéant, pour toute question administrative sur le dossier. Avant d'indiquer les coordonnées de la personne, celle-ci doit avoir donné son accord pour que ses informations figurent dans ce formulaire.

Civilité

Madame

Monsieur

Nom et prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone : ..... Courriel : .....

Le lien avec le demandeur :

Conjoint

Enfant

Ami

Voisin

Autre:

## LES PRESTATIONS DE SOUTIEN À L'AUTONOMIE DU DEMANDEUR

Le demandeur perçoit-il une ou plusieurs des prestations listées ci-dessous ?

La Prestation complémentaire pour recours à tierce personne (PCRTP), aide perçue dans le cadre d'arrêt de travail ou arrêt maladie ?	OUI	NON
La Prestation de compensation du handicap (PCH)?	OUI	NON
L'Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) ?	OUI	NON
La Majoration pour aide constante d'une tierce personne (MTP) ?	OUI	NON

**L'APA N'EST CUMULABLE AVEC AUCUNE DE CES PRESTATIONS.**

## LES RESSOURCES ET LE PATRIMOINE DU DEMANDEUR

En fonction de la situation du demandeur, une participation financière pourra être laissée à sa charge. Son montant sera fixé en prenant en compte les ressources du demandeur et celles de son conjoint (sur la base des revenus figurant sur le dernier avis d'imposition) et de certains éléments de patrimoine, à déclarer dans cette rubrique.

**L'APA N'EST PAS RÉCUPÉRABLE SUR SUCCESSION.**

Si le demandeur est propriétaire de biens immobiliers (maison, appartement, terrain) qui ne sont pas mis en location, joindre une photocopie du dernier avis de taxe foncière correspondant à chacun de ces biens.

Adresse de la résidence principale du demandeur

Occupée par le demandeur et/ou son conjoint(e)

(mariage, PACS, concubinage), ses enfants ou petits-enfants

Louée

Autres biens immobiliers

ADRESSE	EN LOCATION	
	OUI	NON
	OUI	NON

**Si le demandeur et/ou son conjoint(e) (mariage, PACS, concubinage) possède des biens mobiliers et des capitaux non placés de valeur, les déclarer dans le tableau suivant en précisant leur montant ou leur valeur estimée.** Joindre si nécessaire une liste complémentaire sur papier libre.

Exemples : oeuvres d'art de collection, voitures de luxe...

NATURE	MONTANT /VALEUR ESTIMÉE

## LA CARTE MOBILITE INCLUSION (CMI)

La carte mobilité inclusion est accordée sur demande et en fonction du degré d'autonomie.

Le demandeur souhaite-t-il :

- |  |     |     |
|--|-----|-----|
| ◇ Une CMI mention Stationnement ?          | Oui | Non |
| ◇ Une CMI mention Priorité ou Invalidité ? | Oui | Non |
| ◇ Renouveler sa CMI ?                      | Oui | Non |

Si oui, transmettre la copie de la carte qui arrive à échéance.

## LA SIGNATURE DU DEMANDEUR OU DE SON REPRESENTANT

Je soussigné(e), Madame, Monsieur

Nom : .....

Prénom : .....

Agissant : en mon nom propre,  
en qualité de représentant légal de :

certifie exacts et complets les renseignements fournis dans le cadre de cette demande. Je m'engage à déclarer toute évolution de ma situation. Je suis informé(e) que toute fausse déclaration ou falsification de document, toute obtention usurpée d'un droit m'exposerait à des sanctions pénales et financières prévues par la loi. Je donne mon consentement pour que ces données fassent l'objet d'un traitement informatique.

Fait à : ....., le .....

Signature du demandeur ou de son représentant légal :

### Dispositions informatique et libertés

Le traitement des informations recueillies sur ce formulaire est nécessaire à l'accompagnement et au suivi des personnes âgées en perte d'autonomie.

Les personnes accédant aux données sont les agents habilités au sein du département qui participent au traitement de la demande d'APA.

L'organisme gestionnaire de l'aide demandée peut également être amené à échanger des informations relatives à votre situation avec d'autres organismes, notamment l'administration fiscale, les collectivités territoriales et les organismes de recouvrement des cotisations sociales.

Les données sont conservées pour une durée maximale de 6 ans, à compter de la cessation des droits. Conformément au droit de la protection des données, vous disposez de droits sur vos données personnelles (droit d'accès, de rectification, d'opposition et à la limitation) que vous pouvez exercer auprès du délégué à la protection des données (DPO), de l'organisme gestionnaire de l'aide demandée, dont vous trouverez les coordonnées sur le site dudit organisme.

Si vous estimez que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL)

3 Place de Fontenoy TSA - 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.