

Votre demande



A.P.A

Allocation
Personnalisée
à l'Autonomie
à domicile

Demande de révision
Demande de renouvellement

A compléter par le bénéficiaire :

Nom : Prénom :

Adresse du demandeur :

.....

Rue :

(lieu-dit) :

CP : Commune :

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



LE DÉPARTEMENT

Nom du bénéficiaire :

Prénom (s) :

Date de naissance :

Numéro de sécurité sociale :

Personne ou organisme à l'origine de la demande

Demandeur
Service social

Famille
EHPAD

Représentant légal
Autres :

MOTIF DE LA DEMANDE DE RÉVISION DU PLAN D'AIDE

(à compléter obligatoirement)

Détails à préciser :

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

HOSPITALISATION

Dans les 3 derniers mois : Oui Non

En cours : Oui Non

Si oui :

Lieu d'hospitalisation :

JUSTIFICATIFS À FOURNIR

Certificat médical de liaison à faire remplir par son médecin traitant ou hospitalier (daté de - 3 mois)

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

Copie du jugement de protection juridique, le cas échéant

Bulletin de situation en cas d'hébergement temporaire en EHPAD

Relevé d'identité bancaire ou postal au nom du bénéficiaire (si changement de situation personnelle)

En cas de rejet de votre demande A.P.A, autorisez-vous le Département à informer votre caisse de retraite principale :

Oui Non

LA CARTE MOBILITÉ 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.

