

RECU LE

Direction de l'autonomie
Service de l'offre médico-sociale
Bureau des prestations en établissement

Cadre réservé aux services départementaux

**DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE
EN ETABLISSEMENT**

Cette demande doit être formulée pour une admission dans un établissement médico-social (EHPAD, USLD) destiné aux personnes âgées de 60 ans ou plus.

Type de séjour : Temporaire Permanent

Date d'entrée en établissement :/...../.....

ETAT CIVIL DU BENEFICIAIRE

Madame <input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/>	Bénéficiaire	Conjoint, concubin ou pacsé
NOM d'usage		
NOM de naissance		
Prénom(s)		
Date de naissance		
Nationalité	<input type="checkbox"/> Française <input type="checkbox"/> Union Européenne <input type="checkbox"/> Autre :.....	<input type="checkbox"/> Française <input type="checkbox"/> Union Européenne <input type="checkbox"/> Autre :.....
Situation familiale	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Concubin.e <input type="checkbox"/> Marié.e <input type="checkbox"/> Pacsé.e <input type="checkbox"/> Veuf ou veuve <input type="checkbox"/> Divorcé.e <input type="checkbox"/> Séparé	
Numéro de sécurité sociale		
Numéro d'allocataire CAF		
Numéro(s) de téléphone		
Adresse email		

➔ Pour les français et les ressortissants de l'U.E, joindre la pièce d'identité.

➔ Pour les personnes de nationalité étrangère hors U.E, joindre le titre de séjour en cours de validité.

PROTECTION JURIDIQUE DU BENEFICIAIRE

Êtes-vous sous protection juridique ? OUI NON DEMANDE EN COURS

Type de protection juridique : Sauvegarde de justice Curatelle Tutelle Habilitation familiale

Mme M. Nom et prénom du représentant légal ou organisme de tutelle :

.....

Adresse :

Téléphone : Email :

Date d'effet :

→ Joindre la décision du juge pour les personnes sous protection juridique (tutelle, curatelle, habilitation familiale...)

PERSONNE DE CONFIANCE A JOINDRE

Mme M. NOM et prénom(s) de la personne de confiance :

Lien avec le demandeur :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : Email :

ADRESSE ACTUELLE

Nom de l'établissement (le cas échéant):

N° : Rue :

Code postal : Commune :

Téléphone : Email :

Depuis quand habitez-vous à cette adresse ?

Précisez s'il s'agit de :

Domicile personnel Etablissement médico-social Hébergement chez un proche Accueil familial

Résidence service seniors

Le conjoint réside-t-il en établissement ? Oui Non

Lieu de résidence actuelle du conjoint **si différente** de celle du demandeur :

.....

ADRESSE AVANT ENTREE EN ETABLISSEMENT

N° : Rue :

Code postal : Ville :

Date d'arrivée à cette adresse :

Date de départ de cette adresse :

Précisez s'il s'agit de :

Domicile personnel Etablissement médico-social Hébergement chez un proche Accueil familial

Résidence service seniors

→ Joindre les justificatifs de domicile de moins de 3 mois

→ Pour les personnes hébergées, joindre une attestation sur l'honneur de l'hébergeant datée et signée avec sa pièce d'identité et le justificatif de domicile.

RESSOURCES ET ALLOCATIONS

En fonction de la situation du demandeur, une participation financière pourra être laissée à sa charge.

! L'Allocation départementale personnalisée autonomie n'est pas récupérable sur succession.

➔ Indiquer les montants et joindre les justificatifs correspondants.

	DEMANDEUR	Conjoint, concubin ou pacsé
SALAIRE		
RETRAITE PRINCIPALE		
RETRAITE COMPLEMENTAIRE 1		
RETRAITE COMPLEMENTAIRE 2		
ALLOCATION DE SOLIDARITE AUX PERSONNES AGEES (ASPA)		
PENSION DE REVERSION		
ALLOCATION ADULTE HANDICAPE (AAH)		
PENSION D'INVALIDITE		
MAJORATION TIERCE PERSONNE		
ALLOCATIONS LOGEMENT		
REVENUS FONCIERS		
CAPITAUX MOBILIERS ET NON-MOBILIERS (dont assurance vie)		
PRESTATION DE COMPENSATION DU HANDICAP (PCH)		

➔ Joindre obligatoirement le dernier avis d'impôt sur le revenu ou l'avis de situation déclarative à l'impôts sur le revenu.

BIENS IMMOBILIERS

Concernant votre résidence principale, êtes-vous ?

Propriétaire Locataire Occupant à titre gratuit

Avez-vous mis votre bien en location ? Oui Non

Si oui, quel est le montant du loyer ?

Propriétés bâties	Adresse	Code postal	Ville	Valeur locative (voir taxe foncière)
Résidence principale				
Résidence(s) secondaire(s)				
Propriétés non bâties				

RECONNAISSANCE HANDICAP AVANT 65 ANS

Avez-vous bénéficié d'une reconnaissance d'invalidité supérieure ou égale à 80% avant vos 65 ans ?

OUI

NON

Avez-vous demandé la Carte Mobilité Inclusion (CMI) mention « invalidité » auprès de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) ?

OUI

NON

→ Joindre la notification de la MDPH (ou COTOREP), pension d'invalidité, ou la Carte Mobilité Inclusion ou carte d'invalidité avec la mention « invalidité »

Si « non », souhaitez-vous effectuer une demande simplifiée de Carte Mobilité Inclusion (CMI) dans le cadre de l'Allocation Personnalisée d'autonomie en Etablissement ?

OUI

NON

Si « oui », souhaitez-vous une CMI mention « invalidité » ? :

OUI

NON

Si « oui », souhaitez-vous une CMI mention « priorité » ? :

OUI

NON

Si « oui », souhaitez-vous une CMI mention « stationnement » ? :

OUI

NON

Si l'Allocation Départementale Personnalisée d'Autonomie (ADPA) vous est accordée au titre du GIR 1 ou 2, vous pouvez bénéficier grâce à cette demande, à titre définitif, de la carte mobilité inclusion comportant les mentions « invalidité » et « stationnement pour personnes handicapées ».

Dans tous les autres cas, vos demandes seront évaluées par le médecin coordonnateur de votre établissement de résidence.

DECLARATION SUR L'HONNEUR ET SIGNATURE

Je soussigné(e), Mme M agissant :

en mon nom propre

en ma qualité de représentant légal de Mme M.....

certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus. Je suis informé(e) que toute fausse déclaration ou falsification de document, toute obtention usurpée d'un droit, m'expose à des sanctions pénales et financières en application de la loi (articles 441-1 à 441-12 du code pénal), ainsi que, le cas échéant, à la récupération par le Département des sommes indûment perçues (article R131-4 du code de l'action sociale et des familles).

En situation d'incapacité à apposer sa signature, joindre un certificat médical attestant l'indisponibilité du demandeur à signer.

Fait le.....à.....

Signature

LISTE DES PIÈCES JUSTIFICATIVES À JOINDRE AU DOSSIER DE DEMANDE

(Merci de ne pas agraffer les documents)

Pièces obligatoires à joindre impérativement au dossier par le demandeur

- Un justificatif d'identité : Copie recto-verso de la carte nationale d'identité ou d'un passeport d'un pays membre de l'union européenne, ou un titre de séjour en cours de validité, ou du livret de famille ou d'un extrait d'acte de naissance
- Copie du dernier avis d'impôt sur le revenu (toutes les pages)
- Justificatif de domicile datant de moins de 3 mois avant l'entrée en établissement : quittance de loyer, taxe d'habitation ou taxe foncière, contrat de location
Pour les personnes hébergées : fournir une attestation sur l'honneur de l'hébergeant, datée et signée, accompagnée d'une pièce d'identité et d'un justificatif de domicile mentionnant les dates d'hébergement.
- Relevé d'Identité Bancaire (RIB) au nom du demandeur ou de son représentant légal

Si vous êtes propriétaire d'un ou plusieurs biens immobiliers :

- Copie du ou des dernier(s) relevé(s) de taxes foncières sur les propriétés bâties et sur les propriétés non bâties en tant que propriétaire ou usufruitier

Si vous bénéficiez d'une mesure juridique de protection :

- Copie du jugement de mesure de protection judiciaire

Pièces complémentaires transmises par la structure d'accueil :

- Le bulletin de présence mentionnant la date d'entrée en séjour permanent
- Grille AGGIR établie par le médecin coordonnateur
- L'arrêté de tarification à demander à la Direction de l'établissement d'accueil (en cas de localisation en dehors du 93).

MODALITES D'ENVOI DU FORMULAIRE

Les personnes accueillies en établissement (EHPAD ou USLD) ou en famille d'accueil agréée, qui, avant leur entrée, étaient domiciliées depuis plus de 3 mois :

<u>Dans un autre département</u> , le dossier est à envoyer directement aux services du Département concerné.	<u>Dans le département de la Seine-Saint-Denis</u> , → Par courrier à l'adresse suivante : Conseil Départemental de la Seine-Saint-Denis Direction de l'Autonomie Service de l'offre médico-sociale Hôtel du Département 93006 BOBIGNY CEDEX → Ou par mail : aidesociale-pa@seinesaintdenis.fr
---	--

Aucun dossier incomplet ou non signé ne pourra être traité.

Les informations recueillies via ce formulaire sont destinées à la Direction de l'Autonomie du Département de la Seine-Saint-Denis. Le traitement visé par la présente collecte de données est fondé sur une mission d'intérêt public conformément au Règlement européen sur la protection des données personnelles du 27 avril 2016. Les données collectées sont transférées aux agents habilités. Le Département peut également être amené à échanger des informations relatives à votre situation avec d'autres organismes, notamment l'administration fiscale, pour toutes les prestations que vous auriez sollicitées auprès du Département pour lesquelles la loi ou la réglementation autorise ces échanges. Ces données ne sont en aucun cas cédées à des tiers à des fins commerciales et ne font pas l'objet d'une décision automatisée

Vous pouvez exercer votre droit d'accès, d'information, de rectification ou de limitation en contactant le Délégué à la protection des données :

• par courriel : dpd@seinesaintdenis.fr

• par courrier adressé à : Département de Seine-Saint-Denis - A l'attention du Délégué à la Protection des Données – DINSI - BP 193 - 93006 BOBIGNY CEDEX

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.