



# ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE (APA) EN ÉTABLISSEMENT

---

## Dossier de demande

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM(S) : \_\_\_\_\_

COMMUNE DE RÉSIDENCE : \_\_\_\_\_

### CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION :

Canton :

N° de dossier APA :

N° de dossier classothèque :

# 1 - Informations concernant le demandeur

## > État civil

	Le demandeur	Le conjoint, le concubin ou partenaire de PACS
<b>Nom</b>		
Nom de jeune fille		
Prénom(s)		
Date et lieu de naissance		
<b>Numéro de sécurité sociale</b>	□□□□□□□□□□□□□□□□	□□□□□□□□□□□□□□□□
Nationalité	<input type="checkbox"/> Française <input type="checkbox"/> Ressortissant de l'Union Européenne <input type="checkbox"/> Autre	
<b>Situation familiale</b>	<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Concubin <input type="checkbox"/> Veuf <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> P.A.C.S <input type="checkbox"/> Célibataire	
Conjoint en activité ?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Êtes-vous retraité ?</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Si oui</b> , votre régime de retraite principale	.....	.....

## > Adresse

	Le demandeur	Le conjoint, le concubin ou partenaire de PACS
<b>Adresse actuelle complète</b>		(si différent)
<b>Téléphone</b> <b>Courriel</b> <b>Date d'entrée</b>		
L'adresse actuelle correspond :		
- à un Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
- au domicile d'un particulier accueillant familial (loi du 10 juillet 1989)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
- à une résidence autonomie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
- autres (à préciser)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	.....	.....

	Adresse	Date arrivée	Date départ
<b>Adresses précédentes</b> (à remplir si l'intéressé est en établissement ou résidence autonomie ou accueil familial)			

## > Personnes à contacter en cas de besoin :

(Nom, prénom, adresse, téléphone, courriel, lien de parenté ou autre)

---



---



---



---

## > Existence d'une mesure de protection juridique (joindre une copie du jugement)

- Oui       Non       Demande en cours  
 Si oui, sauvegarde de justice       Curatelle simple       Curatelle renforcée       Tutelle

Nom, adresse, courriel et téléphone du tuteur ou de l'association chargée de la mesure :

## 2 - Renseignements concernant les revenus et le patrimoine du foyer

### > Revenus

	Montant des ressources <b>ne figurant pas</b> dans l'avis d'imposition ou de non-imposition (avis de situation déclarative) à l'impôt sur le revenu <sup>(1)</sup>	Biens mobiliers et capitaux non placés <sup>(2)</sup> Montant ou valeurs estimées
Le demandeur		
Le conjoint, le concubin ou le partenaire de PACS		

(1) Revenus soumis au prélèvement libératoire (articles 125-0 A et 125 D du Code général des impôts).

(2) Ne pas déclarer les capitaux placés, y compris ceux exonérés d'impôts (livret A, livret de développement durable, plan d'épargne logement, plan d'épargne en actions, etc.) qui ne constituent pas du patrimoine dormant.

### > Biens immobiliers

Êtes-vous propriétaire :

- de votre résidence principale :       Oui       Non      Joindre dernière taxe foncière

- d'autres biens bâtis ou non bâtis :       Oui       Non

Si oui, détaillez ci-dessous les biens bâtis ou non bâtis qui ne sont ni loués, ni exploités : joindre la dernière taxe foncière.

	Nature du bien (maison, terrain, appartement, etc.) <sup>(3)</sup>	Adresse du bien
Le demandeur		
Le conjoint, le concubin ou le partenaire de PACS		

(3) Ne pas déclarer la résidence principale occupée par le demandeur, son conjoint, son concubin ou la personne avec qui il a conclu un pacte civil de solidarité, ses enfants ou petits-enfants.

### > Allocations perçues par le demandeur (au jour de la demande)

- Prestation de compensation du handicap (PCH)       Oui       Non      Montant mensuel :  
- Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP)       Oui       Non      Montant mensuel :  
- Majoration pour tierce personne (MTP)       Oui       Non      Montant mensuel :  
- Prestation complémentaire pour recours à tierce personne (PC RTP)       Oui       Non      Montant mensuel :

Bénéficiez-vous déjà d'heures d'aide à domicile au titre :

- de l'aide sociale départementale       Oui       Non  
- d'une caisse de retraite       Oui       Non      Nombre d'heures/mois :

Si oui, adresse et téléphone du service d'aide à domicile :

**Attention : l'APA n'est pas cumulable avec la PCH, l'ACTP, la MTP ou la PC RTP.**

## 3 - Demande simplifiée d'une carte mobilité inclusion (CMI)

Souhaitez-vous bénéficier :

- de la carte mobilité inclusion mention " invalidité " :  Oui       Non

- de la carte mobilité inclusion mention " stationnement pour personnes handicapées " :  Oui       Non

**IMPORTANT : l'attribution de droit et à titre définitif de l'une ou l'autre de ces cartes ne concerne que les demandeurs ayant obtenu le bénéfice de l'APA en GIR 1 ou en GIR 2.**

## 4 - Loi « Informatique et libertés »

Les informations recueillies dans ce formulaire font l'objet d'un traitement informatique par le Département de Saône-et-Loire pour l'instruction de votre demande et le paiement de l'aide en cas de décision favorable.

Le Département s'engage à ce que la collecte et le traitement de données à caractère personnel soient conformes à la Loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978 et au Règlement général sur la protection des données (RGPD).

Vous pouvez demander la communication des données saisies vous concernant et le cas échéant, une rectification ou une suppression de vos données en adressant votre demande au Délégué à la protection des données du Département de Saône-et-Loire par mail, à l'adresse [dpo@saoneetloire71.fr](mailto:dpo@saoneetloire71.fr), ou par voie postale, à l'adresse suivante : Département de Saône-et-Loire / Espace Duhesme / 18 rue de Flacé / CS 70126 / 71026 Macon Cedex 9.

Par ailleurs, conformément à l'article L.153 A du Livre de procédures fiscales, l'administration fiscale transmet chaque année au Département de Saône-et-Loire les informations nécessaires à l'appréciation des ressources des bénéficiaires de l'APA.

Pour en savoir plus sur la gestion de vos données personnelles et vos droits Informatique et libertés, consultez le site internet du Département : [www.saoneetloire71.fr](http://www.saoneetloire71.fr) (rubrique "Informations pratiques").

## 5 - Liste des pièces justificatives à joindre au dossier de demande

- Photocopie du livret de famille ou de la carte nationale d'identité ou d'un passeport de l'Union Européenne ou d'un extrait d'acte de naissance si le demandeur est de nationalité française ou ressortissant d'un des États membres de l'Union Européenne.
- Photocopie de la carte de résidence ou du titre de séjour si le demandeur est de nationalité étrangère non ressortissant d'un des États membres de l'Union Européenne.
- Copie du dernier avis d'imposition ou de non imposition (avis de situation déclarative) à l'impôt sur le revenu. En cas de pension alimentaire perçue, en préciser la nature (ex : conjoint, enfant...).
- Toute pièce justificative des biens ou capitaux relevant du patrimoine dormant (photocopies des dernières taxes foncières sur les propriétés bâties et sur les propriétés non bâties...).
- Copie du jugement en cas d'existence d'une mesure de protection juridique.
- Si l'établissement se situe hors Saône-et-Loire : arrêté de tarification de l'établissement (à demander à l'établissement)

**Je soussigné(e)..... agissant en nom propre / en ma qualité de représentant (rayer la mention inutile) :**

> certifie sur l'honneur l'exactitude des informations fournies dans le cadre de la demande d'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) en établissement,  
> est informé que le Département peut solliciter auprès des administrations publiques, notamment fiscales, organismes de sécurité sociale et de retraite complémentaire tout élément permettant de vérifier l'exactitude de cette déclaration.

Je suis informé(e) que, sans préjudice des actions en recouvrement des sommes indûment versées, le fait d'avoir frauduleusement perçu l'APA est puni de peines d'amende et d'emprisonnement prévues aux articles 313-1 à 313-3 du Code pénal.

**Ce dossier intégralement renseigné sera réputé complet une fois signé et accompagné des pièces justificatives.**

Fait à : ..... Le : .....

Signature :