

Rappelez votre nom :

et votre prénom :

VOS RESSOURCES

Renseignements à fournir uniquement pour les demandes d'APA à domicile

Les ressources prises en compte pour évaluer votre éventuelle participation sont celles figurant sur votre avis d'imposition ou non imposition, merci de le joindre à la présente demande.

→ **Si vous déclarez recevoir une rente viagère**, a-t-elle été constituée pour vous prémunir de la dépendance ?

OUI NON

Montant annuel €

→ **Si vous déclarez recevoir une pension alimentaire de vos enfants**,

Vous est-elle versée pour vous aider dans la prise en charge de votre perte d'autonomie ?

OUI NON

Montant annuel €

VOTRE PATRIMOINE

Vous, votre conjoint ou concubin, possédez des biens immobiliers ? OUI NON

Nature et adresse	Usage actuel <i>Exemple : occupé par le demandeur ou ses enfants, occupé à titre gratuit, en location, en fermage, non exploité, usufruit, etc..</i>	Avez-vous consenti une donation dans les 10 dernières années ? Si oui, joindre une copie de l'acte
VOUS _____		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
VOTRE CONJOINT _____		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
OU VOTRE CONCUBIN _____		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Rappelez votre nom :

et votre prénom :

VOTRE DEMANDE

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

	Vous-même	Votre conjoint ou concubin	Date de 1 ^{ère} attribution
<i>Bénéficiez-vous déjà :</i>			
— de la majoration tierce personne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
— de l'allocation compensatrice pour tierce personne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
— Si oui, l'avez-vous obtenue avant 60 ans ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			
— de l'allocation personnalisée d'autonomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
— la prise en charge d'heures d'aide ménagère par :			
- votre caisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- l'aide sociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- les caisses complémentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- votre mutuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
— autres avantages analogues accordés dans le cadre du maintien à domicile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
— précisez alors l'organisme de prise en charge :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
.....			

ENGAGEMENT DE LA DEMANDE

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des déclarations, m'engage à faciliter toute enquête pour les vérifier et à faire part de toute modification de ma situation et de celle de mon conjoint ou de la personne vivant maritalement avec moi.

Pour l'instruction de ma demande d'A.P.A., j'accepte la visite à mon domicile, d'un médecin désigné par le Conseil Général. Le montant de la consultation sera à la charge du Conseil Général.

Si ma demande ne peut aboutir et qu'il apparaît que je peux accéder à une autre forme d'aide, j'accepte que mon dossier soit transmis avec toutes les informations qu'il comporte à un autre organisme de sécurité sociale ou au service Personnes âgées du Conseil Général.

La Loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement, quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations. Les sommes indûment perçues feront l'objet d'un remboursement.

(art. 441-1 du code pénal - article L 133-6 du code de l'Action Sociale et des Familles)

Je déclare avoir pris connaissance de l'intégralité des informations ci-dessus.

Fait à le : / /

Signature du demandeur (ou tuteur légal),

POUR LE SUIVI DE VOTRE DEMANDE

Y-a-t-il lieu de contacter une personne autre que vous, votre représentant légal ou votre conjoint, pour suivre votre dossier ? OUI NON Si oui, seule cette personne sera destinataire des courriers vous concernant.

Précisez son identité :

NOM : Prénom :

Adresse :

Tél : S'agit-il d'un membre de la famille : OUI NON

Si OUI, lien de parenté : Si NON, qualité de la personne :

Autres renseignements :

- Nom de votre médecin traitant : Commune : Téléphone :

- Nom de l'assistante sociale qui vous suit, s'il y a lieu : Téléphone :