

# Dossier Individuel de demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie

Veuillez cocher :			
□ APA à Domicile			
☐ APA en Etablissement			

<b>Demandeur</b> : ☐ Madame ☐ Monsieur (attention: 1 seu	I demandeur par formulaire)
Nom :	Prénom(s)
Nom de naissance (si différent) :	Date de naissance : LLLL LLLL LLLLL
Lieu de naissance :	Nationalité :
Situation familiale : $\square$ marié(e) $\square$ concubin(e) $\square$ pa	csé(e) □ veuf ou veuve □ célibataire □ divorcé(e)
N° sécurité sociale : L L L L L L	clé
Caisse de retraite principale : □ CARSAT □ MSA □ Autre	<u>.</u>
Adresse mail :	Téléphone :
Adresse actuelle du demandeur	
	//
Type ☐ Résidence privée ☐ Accueil familial agr ☐ Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agée	éé ☐ Résidence autonomie ou Petite Unité de Vie es Dépendantes (EHPAD, MAPAD)
Adresse:	
Code postal : Ville :	
Date d'arrivée à cette adresse :	
Adresse précédente :	
Code postal : Ville :	
Type ☐ Domicile ou Résidence privée ☐ Accueil familial ag	gréé ☐ Résidence autonomie ou Petite Unité de Vie
☐ Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agée	es Dépendantes (EHPAD, MAPAD)
Conjoint concubin massée	
Conjoint, concubin, pacsé : ☐ Madame ☐ Monsieu	
Nom :	Prénom(s)  Date de naissance : L.
,	
Lieu de naissance :	Nationalité :
N° sécurité sociale : L L L L L L L L L L L L L L L L L L	
Adresse mail :	Téléphone : La
Votre conjoint, concubin ou pacsé perçoit-il une aide destinée a	·
□ Non □ Oui, si oui versée par quel département ?	
Résidence actuelle du conjoint, concubin, pacsé	
Type ☐ Domicile ou résidence privée ☐ Accueil familial a ☐ Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agée	es Dépendantes
VIII0	

Le demandeur est-il sous tutelle?	☐ Oui ☐ Non
Si oui, précisez le nom du responsable légal :	
Adresse:	
Adresse mail :	Téléphone : L.
Autre personne à contacter (à noter : en ca	es de tutelle, seul le tuteur recevra les courriers)
Nom :	Prénom(s) :
Nom de naissance (si différent) :	Date de naissance : L.L.L.L.L.L.L.L.L.L.L.L.L.L.L.L.L.L.L
Adresse mail :	
Lien avec le demandeur :	Portable : LIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIII
Souhaitez-vous que les courriers soient adresse	és à cette personne ? □ Oui □ Non
Autres aides déjà perçues. Si vous béné	eficiez déjà d'une aide, précisez :
Aides	Organisme financeur
Allocation compensatrice pour tierce personne	e (ACTP)
Prestation de Compensation du Handicap (PC	H)
Majoration pour tierce personne (MTP ou PCR	RTP)
Aide-ménagère versée par une caisse de retra	iite
Aide-ménagère au titre de l'aide sociale dépar	tementale
Revenus et patrimoine	
Êtes-vous propriétaire d'un ou plusieurs bie	ens immobiliers bâtis :   Oui   Non
Si vous êtes propriétaire de votre résidence	, , , ,
	os Enfant(s) ou petit(s)enfant(s)
Avez-vous des ressources ne ligurant pas	sur votre avis d'imposition : □ Oui, montant :□ Non
Demande de Carte Mobilité Inclusion (	C.M.I ? :
Souhaitez-vous bénéficier de la :	
CMI invalidité ou priorité : ☐ Oui ☐ Non	CMI stationnement :   Oui  Non
Signature :	
Je soussignée : □ madame □ monsieur	
Nom, prénom :	
Agissant □ en mon nom propre □ en qua	alité de représentant légal
	les renseignements figurants sur le présent dossier, avoir pris connaissance sse déclaration et m'engage à fournir toutes les pièces justificatives qui me
M'engage à signaler tout changement de	situation (hospitalisation, entrée en EHPAD, déménagement)
Autorise le Département à transmettre m	on dossier à la CARSAT pour évaluation s'il s'agit de ma caisse de retraite.
Autorise le Département à transmettre sa	décision aux organismes concernés.
Fait à,	gnature
,	I



### Dossier Individuel de demande

## d'Allocation Personnalisée d'Autonomie

#### Documents à joindre au dossier :

- Copie recto-verso d'une pièce d'identité (carte d'identité, livret de famille, passeport de l'union européenne). Si le demandeur est ressortissant d'un pays hors Union européenne, copie recto verso de son titre de séjour ou de sa carte de résidence.
- o Copie recto-verso du dernier avis d'imposition sur les revenus
- Copie recto-verso du dernier avis d'imposition sur les revenus du conjoint, concubin ou personne avec laquelle il a été conclu un PACS.
- Copie recto-verso du ou des derniers relevés des taxes foncières
- Relevé d'identité bancaire au nom du demandeur (hors compte d'épargne).
- o Copie de la mesure de protection (jugement de tutelle, curatelle...)
- Copie du bulletin de présence en établissement

#### A noter:

Si toutes les pages de vos documents ne sont pas transmises votre dossier sera déclaré incomplet

#### Merci de NE PAS AGRAFER vos documents justificatifs

#### Mentions légales

#### Article L232-16 du code de l'action sociale et des familles :

"Pour vérifier les déclarations des intéressés et s'assurer de l'effectivité de l'aide qu'ils reçoivent, les services chargés de l'évaluation des droits à l'allocation personnalisée d'autonomie et du contrôle de son utilisation peuvent demander toutes les informations nécessaires aux administrations publiques, notamment aux administrations fiscales, aux collectivités territoriales, aux organismes de sécurité sociale et de retraite complémentaire qui sont tenus de les leur communiquer."

#### Respect du Règlement Général de Protection des Données (RGPD) :

Le Département de l'Isère est Responsable du traitement n° 08.02.01.01, destiné à gérer l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

Les informations collectées, fournies par vos soins sur ce formulaire, font l'objet d'un traitement informatique auquel vous consentez, car ce dispositif relève de la base légale « mission d'intérêt public » (Décret n° 2017-880 du 9 mai 2017).\*

Toutes les informations demandées sont obligatoires (tout défaut de réponse peut entrainer l'impossibilité de traiter votre demande).

Les informations collectées sont utilisées par les services de la collectivité et par les partenaires institutionnels chargés du dispositif.

Les données à caractère personnel sont conservées 6 ans après la sortie du dispositif.

Conformément au Règlement Général de Protection des Données (RGPD) et à la loi informatique et libertés modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de limitation ou d'opposition des informations qui vous concernent.

Pour exercer ces droits, vous devez adresser votre demande, en justifiant de votre identité, par mail (<a href="mailto:dpo@isere.fr">dpo@isere.fr</a>) ou par voie postale (Département de l'Isère, Déléguée à la Protection des Données (DPO), CS 41096, 38022 Grenoble Cedex 1).

En cas de non réponse dans les délais légaux, vous pourrez introduire une réclamation auprès de la CNIL (3 Place Fontenoy, TSA 80715, 75334 Paris cedex www.cnil.fr).





## Fiche de renseignements médico-sociaux

Nom et prénom du demandeur : Le LLL LLL		
Les renseignements demandés sont nécessaires pour un meilleur suivi de votre situation, dè de votre demande. Ils ne déterminent pas vos droits à l' <b>APA</b> , mais ils permettent de <b>prépare</b> à domicile qui sera effectuée par un référent médico-social.		•
Vous	Oui	Non
Vivez-vous seul(e)?		
Recevez-vous au moins une <b>visite</b> par semaine en dehors des professionnels qui interviennent à votre domicile ?		
<b>Sortez-vous</b> au moins une fois par semaine (courses, sorties, loisirs,) ?		
Estimez- vous que votre habitat est isolé (éloigné des autres habitations) ?		
Au cours des 3 derniers mois :	Oui	Non
Avez-vous perdu du <b>poids</b> ?		
Avez-vous fait une <b>chute</b> ?		
Avez-vous vécu un <b>évènement</b> majeur (deuil, entrée de votre conjoint en établissement,) ?		
Avez-vous été <b>hospitalisé</b> ? si oui, précisez : la durée : jours et l'établissement :		
Dans la vie quotidienne, vous avez besoin d'aide pour :	Oui	Non
Vous <b>déplacer</b> dans les principales pièces de votre logement (cuisine, chambre, salle de bains, WC)		
Gérer votre budget et vos papiers		
Utiliser un moyen de <b>transport</b> (véhicule, transports en commun)		
Utiliser le <b>téléphone</b>		
Suivre votre traitement médical		
Aide extérieure	Oui	Non
Etes-vous suivi(e) par un service d'aide à domicile ? Si oui, lequel :		
Bénéficiez-vous de soins infirmiers ?		
Employez-vous une aide à domicile avec des chèques emploi services ?		
Médecin	Oui	Non
Acceptez-vous que le médecin du Département prenne contact avec votre médecin traitant ?		
Votre <b>médecin traitant</b> est le docteur		