

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.
- 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).
- 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 entraîner 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 (dpo@isere.fr) ou par voie postale (Département de l'Isère, Déléguee 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 Fontenay, TSA 80715, 75334 Paris cedex www.cnil.fr).

Fiche de renseignements médico-sociaux

Nom et prénom du demandeur : Le

Les renseignements demandés sont nécessaires pour un meilleur suivi de votre situation, dès le dépôt de votre demande. Ils ne déterminent pas vos droits à l'APA, mais ils permettent de **préparer la visite à domicile** qui sera effectuée par un référent médico-social.

Vous	Oui	Non
Vivez-vous seul(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recevez-vous au moins une visite par semaine en dehors des professionnels qui interviennent à votre domicile ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sortez-vous au moins une fois par semaine (courses, sorties, loisirs, ...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estimez- vous que votre habitat est isolé (éloigné des autres habitations) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Au cours des 3 derniers mois :	Oui	Non
Avez-vous perdu du poids ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous fait une chute ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous vécu un évènement majeur (deuil, entrée de votre conjoint en établissement, ...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous été hospitalisé ? si oui, précisez : la durée : jours et l'établissement :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans la vie quotidienne, vous avez besoin d'aide pour :	Oui	Non
Vous déplacer dans les principales pièces de votre logement (cuisine, chambre, salle de bains, WC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gérer votre budget et vos papiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utiliser un moyen de transport (véhicule, transports en commun)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utiliser le téléphone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suivre votre traitement médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aide extérieure	Oui	Non
Etes-vous suivi(e) par un service d'aide à domicile ? Si oui, lequel :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bénéficiez-vous de soins infirmiers ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Employez-vous une aide à domicile avec des chèques emploi services ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médecin	Oui	Non
Acceptez-vous que le médecin du Département prenne contact avec votre médecin traitant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre médecin traitant est le docteur		
Son numéro de téléphone est :/...../...../...../.....		