DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) M. ou Mme : .....

agissant : ❑ en mon nom propre ❑ en qualité de représentant de M. ou Mme .....

certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus et dans les documents annexes. Je suis informé(e) que pour vérifier les déclarations, les services du Conseil général peuvent demander toutes les informations nécessaires aux administrations publiques, notamment aux administrations fiscales, aux organismes de sécurité sociale et de retraite complémentaire qui sont tenus de les leur communiquer (art. L 232-16 de la loi du 20/07/2001 instaurant l'APA). J'ai pris note que l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) susceptible de m'être attribuée sera versée directement à l'établissement en déduction du tarif dépendance (sauf cas contaire)*.
Toute fausse déclaration ou falsification de document, toute obtention usurpée d'un droit, m'expose à des sanctions pénales et financières prévues par la Loi (articles L 433-19, L 441-7, L313-1 et L313-3 du code pénal).

Fait le ..... à .....

Signature

* Si vous souhaitez un versement de l'APA directement sur votre compte bancaire ou postal, merci de préciser votre choix sur « papier libre » adressé par lettre recommandée.

CNIL - Commission Nationale Informatique et Liberté

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné au traitement des dossiers d'allocation personnalisée d'autonomie. Les destinataires des données sont les administrations et organismes habilités à connaître des dossiers d'aide à domicile ou en établissement. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser à la Direction des Personnes Agées et Adultes Handicapées, par voie postale à l'adresse postale suivante DPAAH - Service des Prestations - Hôtel du Département - 77010 Melun cedex.

13-DGAS-Allocation personnalisée d'autonomie en établissement

CONSEIL GÉNÉRAL DE SEINE ET MARNE

DIRECTION DES PERSONNES ÂGÉES ET DES ADULTES HANDICAPÉS (DPAAH)
Service des Prestations
Hôtel du Département
77010 Melun cedex

DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE EN ÉTABLISSEMENT (pour une personne de 60 ans ou plus)

N° DOSSIER _____

NOM DU DEMANDEUR : ..... **Prénom :** .....

Adresse actuelle : .....

Apt. ..... Etage ..... Bâtiment ..... Escalier ..... Digicode .....

Code postal ..... Commune .....

Date d'arrivée à cette adresse ..... Téléphone *indispensable* .....

Courriel : .....

Préciser s'il s'agit :

du domicile en qualité de : propriétaire – locataire – hébergé en famille - hébergé chez
❑ un tiers *(rayer les mentions inutiles)*

d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées

❑ de l'accueil par un particulier à domicile et à titre onéreux

❑

Adresse précédente : .....
.....

(avec dates d'arrivée et dates de départ)

À remplir **obligatoirement** si l'intéressé est soit en établissement (foyer-résidence, maison de retraite) soit réside à l'adresse actuelle depuis moins de 3 mois.

Le dossier de demande intégralement rempli, accompagné des pièces justificatives doit être adressé à :

Conseil général de Seine-et-Marne
Direction des Personnes Âgées et des Adultes Handicapés
Service des Prestations
Hôtel du Département
77010 MELUN cedex

SEINE & MARNE 77 LE DÉPARTEMENT

IDENTITÉ - SITUATION	LE DEMANDEUR	LE CONJOINT OU LA PERSONNE VIVANT MARITALEMENT
Nom de naissance		
Nom marital		
Prénom		
Date et lieu de naissance		
N° de sécurité sociale		
Nationalité (française, ressortissant de l'union européenne, autre...)		
Date d'arrivée en France pour les étrangers		
Situation de famille (marié(e), divorcé(e), veuf(ve), célibataire, concubin(e), pacsé(e))		
Organisme de la retraite principale		
Situation du conjoint (retraité ou salarié)		

COORDONNÉES DE LA PERSONNE RÉFÉRENTE DU DEMANDEUR

(enfant, parent, autre) à contacter pour la visite d'évaluation ou en cas d'urgence

M., Mme ..... Lien de parenté .....

Adresse .....

Code postal ..... Ville .....

Téléphone : ..... courriel : .....

MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE

Le demandeur fait-il l'objet d'une mesure de protection : ❑ oui (joindre une copie du jugement) ❑ non

❑ Sauvegarde de justice ❑ Tutelle ❑ Curatelle

Nom et adresse du tuteur ou de l'association chargée de la mesure : .....

.....

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES - Bénéficiez-vous déjà de :

Allocation compensatrice pour tierce personne	❑ oui	❑ non	Prestation de compensation du handicap	❑ oui	❑ non
Aide sociale en établissement	❑ oui	❑ non	Allocation personnalisée d'autonomie	❑ oui	❑ non
	❑ oui	❑ non	Majoration tierce personne	❑ oui	❑ non

Attention : l'Allocation Personnalisée d'Autonomie n'est cumulable ni avec la Prestation de Compensation du Handicap, ni avec l'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne, ni avec la majoration pour aide constante d'une tierce personne, ni avec la prestation d'aide ménagère versée par le Conseil général.

RESSOURCES ANNUELLES

	Montant annuel perçu par le demandeur (en €)	Montant annuel perçu par le conjoint ou concubin ou pacsé (en €)
Retraite principale (à préciser)		
Retraites complémentaires (à détailler)		
Traitements et salaires		
Bénéfices commerciaux		
Bénéfices agricoles		
Revenus locatifs (ou fonciers)		
Allocations diverses (ex : allocation aux adultes handicapés, allocation spéciale vieillesse, pension alimentaire)		
TOTAL ANNUEL		

VOS BIENS IMMOBILIERS

	Propriété(s) bâtie(s)	Propriété(s) non bâtie(s)
Nature (précisez : résidence principale, résidence secondaire, terrain)		
Adresse(s)		
Valeur(s) locative(s) en € (voir taxe foncière)		
Montant des revenus procurés par le bien		
Usage actuel (précisez si occupé par demandeur, occupé à titre gratuit, location, en fermage, inoccupé)		