



Cadres réservés au Conseil départemental

Cachet d'arrivée
dans le P.S.H.

N° dossier ASG:

N° de foyer :

DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE (APA)

(pour les personnes âgées de 60 ans et plus) (cf. liste des pièces à fournir en page 4)

☐ A DOMICILE

(cocher la case correspondante)

☐ EN ETABLISSEMENT (pour vos frais de dépendance)

Nom et Prénom : _____

Vous êtes : ☐ célibataire ☐ marié(e) ☐ vie de couple ☐ veuf(ve) ☐ séparé(e) ☐ divorcé(e)

(Cocher la case correspondante)

Depuis le _ _ / _ _ / _ _ (A COMPLETER OBLIGATOIREMENT)



ADRESSES DU DEMANDEUR

VOTRE ADRESSE ACTUELLE :

Date d'arrivée à cette adresse (à compléter
obligatoirement) : _ _ / _ _ / _ _

Téléphone : _____

Mail : _____

PRECISER S'IL S'AGIT :

1/ ☐ De votre domicile personnel ; **SI OUI, ETES-VOUS :**

☐ Propriétaire ☐ Locataire ☐ Hébergé(e) chez :
M.....

2/ ☐ D'un foyer logement (*)

3/ ☐ D'une famille d'accueil agréée (*)

4/ ☐ D'un établissement (*) (EHPAD, Maison de retraite)

(*) Indiquer ci-contre l'adresse du domicile antérieur (à
compléter obligatoirement) :

VOS ADRESSES PRECEDENTES :

A compléter obligatoirement si vous avez changé
d'adresse depuis moins de 3 mois ou si vous êtes
hébergé(e) en foyer-logement, en famille d'accueil
agréée ou en établissement (*)

Date d'arrivée (A COMPLETER) : _ _ / _ _ / _ _

Date de départ (A COMPLETER) : _ _ / _ _ / _ _

Date d'arrivée (A COMPLETER) : _ _ / _ _ / _ _

Date de départ (A COMPLETER) : _ _ / _ _ / _ _

Date d'arrivée (A COMPLETER) : _ _ / _ _ / _ _

Date de départ (A COMPLETER) : _ _ / _ _ / _ _



ETAT CIVIL

	Vous-même	Votre conjoint(e) /concubin(e)/ partenaire de Pacs
Nom d'usage ou marital		
Nom de naissance		
Prénom(s)		
Date et Lieu de naissance		
Nationalité :	☐ Française ☐ Communauté Européenne ☐ Autre nationalité	☐ Française ☐ Communauté Européenne ☐ Autre nationalité
N° de Sécurité Sociale		
Régime de retraite principal		
Préciser si votre conjoint(e), concubin(e) ou partenaire de Pacs réside : ☐ à votre domicile ☐ en structure hébergement S'il ne réside pas à votre domicile, indiquer ses coordonnées (adresse, téléphone, mail) :		



VOS REFERENTS ADMINISTRATIFS ET MEDICAUX

FAITES-VOUS L'OBJET D'UNE MESURE DE PROTECTION ☐ oui ☐ non ☐ en cours

Si oui, quel type ? ☐ Sauvegarde de justice ☐ Curatelle ☐ Tutelle

NOM ET PRENOM DU REPRESENTANT LEGAL :

Adresse :
 téléphone@.....

LES PERSONNES QUI VOUS RENCONTRENT TRES REGULIEREMENT :

Nom et Prénom :

Adresse :

Lien avec vous-même téléphone@.....

Nom et Prénom :

Adresse :

Lien avec vous-même téléphone@.....

NOM ET PRENOM DE VOTRE MEDECIN TRAITANT :

Adresse :

..... téléphone@.....

NOM ET PRENOM DE LA PERSONNE DESTINATAIRE DE VOTRE COURRIER :

Adresse :

Lien avec vous-même téléphone@.....



AUTRES AIDES PERÇUES non cumulables avec l'APA. (A COMPLETER OBLIGATOIREMENT)

TYPES D'AIDE	MONTANT	DATE DE FIN
Majoration pour aide constante d'une tierce personne		_ _ _ _ _
Allocation compensatrice pour tierce personne	☐ OUI ☐ NON	_ _ _ _ _
Prestation de compensation du handicap	☐ OUI ☐ NON	_ _ _ _ _
Aide ménagère au titre de l'aide sociale départementale	☐ OUI ☐ NON	_ _ _ _ _
Aide ménagère prise en charge par la caisse de retraite	☐ OUI ☐ NON	_ _ _ _ _



PATRIMOINE DU FOYER

► BIENS IMMOBILIERS DU FOYER (MONSIEUR ET MADAME)

☐ Je déclare, ainsi que mon conjoint ou mon concubin, posséder les biens immobiliers suivants :

Votre résidence principale			
Adresse _____ _____		☐ Occupée par : _____ ☐ louée ☐ Libre Si ce bien est en indivision, nombre de propriétaires :	
Vos autres biens immobiliers			
Adresse du bien	Nature du bien (maison, terrain, appartement...)	Nombre de propriétaires si le bien est en indivision	Location
			☐ OUI ☐ NON
			☐ OUI ☐ NON
			☐ OUI ☐ NON
			☐ OUI ☐ NON
			☐ OUI ☐ NON
			☐ OUI ☐ NON

☐ Je déclare, ainsi que mon conjoint ou concubin le cas échéant, ne posséder aucun patrimoine immobilier



► **BIENS MOBILIERS ET EPARGNE DU FOYER (MONSIEUR ET MADAME)**

- ☐ Je déclare, ainsi que mon conjoint ou concubin le cas échéant, posséder des biens mobiliers et/ou d'épargne : dans ce cas, **remplir le tableau joint en annexe**
- ☐ Je déclare, ainsi que mon conjoint ou concubin le cas échéant, ne posséder aucun placement financier

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES (Hors informations médicales) :.....

.....

.....

J'ATTESTE SUR L'HONNEUR QUE :

- les renseignements portés sur ce document sont exacts,
- je m'engage à informer l'organisme qui a constitué la demande ou le Conseil départemental concerné de toute modification de ma situation ainsi que celle des personnes vivant au foyer et à faciliter toute enquête,
- j'accepte, dans le cadre d'une demande qui nécessite une coordination éventuelle avec d'autres financeurs, que les éléments de ce dossier soient communiqués aux gestionnaires de ces prestations.

LU ET APPROUVE, le

Signature du demandeur ou de son représentant légal
(Nom – Prénom en toutes lettres)

CONFORMEMENT A LA LOI «INFORMATIQUE ET LIBERTES» DU 6 JANVIER 1978 : Les renseignements portés sur ce formulaire font l'objet d'un traitement informatique.

Vous pouvez obtenir communication de ces informations et, le cas échéant, obtenir leur rectification, sur présentation d'une pièce d'identité, en vous adressant au service où vous avez déposé votre demande ou directement au Conseil départemental des Yvelines- Direction Autonomie et Santé - 2 place André Mignot 78012 Versailles Cedex.

ENVOI DU DOSSIER AVEC LES JUSTIFICATIFS

Pour les personnes résidant à domicile dans les Yvelines, le dossier peut être envoyé au Centre Communal d'Action Sociale (C.C.A.S.) de la mairie du lieu de résidence ou directement au Conseil départemental des Yvelines - Direction Autonomie et Santé - 2, place André Mignot 78012 VERSAILLES Cedex.

Pour les personnes accueillies en établissement (E.H.P.A.D., maison de retraite, foyer logement,...) ou en famille d'accueil agréée, qui, avant leur entrée, étaient domiciliées depuis plus de 3 mois :

.dans un département situé hors Yvelines, le dossier est à envoyer directement au Conseil départemental de ce département

. dans le département des Yvelines, le dossier est à envoyer au Centre Communal d'Action Sociale (C.C.A.S.) de la mairie du lieu de résidence privée avant l'entrée en établissement ou directement au Conseil départemental des Yvelines - Direction Autonomie et Santé – 2, place André Mignot 78012 VERSAILLES Cedex

-
- ☐ copie carte nationale d'identité ou passeport de la Communauté Européenne
 - ☐ pour les personnes de nationalité étrangère, hors Communauté Européenne : copie **recto verso** du titre de séjour en cours de validité
 - ☐ copie du dernier avis d'impôt sur **les revenus** du demandeur (**toutes les pages**) et le cas échéant de son conjoint, de son concubin ou de son partenaire de Pacs ou celui sur lequel le demandeur figure à charge
 - ☐ justificatifs de vos pensions de retraites personnelles et de réversion actuelles en cas de changement de situation familiale au moment de la demande
 - ☐ tableau des capitaux mobiliers **ci-joint**
 - ☐ pour les propriétaires, copie de l'avis d'impôt (**toutes les pages**) concernant la taxe foncière de chaque bien immobilier
 - ☐ relevé d'identité bancaire/**IBAN au nom et prénom du demandeur**
 - ☐ **pour l'APA à domicile** : le certificat médical complété par le médecin traitant et joint au dossier sous pli cacheté (*facultatif*)
 - ☐ **pour l'APA en établissement hors Yvelines** : arrêté de tarification **des forfaits dépendance de l'année en cours**, délivré par l'établissement d'accueil.



Annexe

Tableau récapitulatif des capitaux mobiliers concernant le foyer (Monsieur et Madame)

**A joindre impérativement à la demande d'allocation personnalisée d'autonomie
(APA)**

(Articles L132-1, L232-4, L232-8 et R232-5 du code de l'action sociale et des familles)



RELEVÉ DES CAPITAUX MOBILIERS DU FOYER au 31/12/20__

(préciser l'année de référence)

Ce relevé est à renseigner pour Monsieur et Madame

NOM – Prénom(s) du demandeur d'APA :

Dossier ASG n° (si connu)

A retourner par le demandeur ou son représentant légal **avec les justificatifs annuels délivrés par les organismes financiers :**

Conseil départemental des Yvelines
Direction Autonomie et Santé, Pôle Senior et Handicap
2, Place André Mignot -78012 Versailles cedex

PRODUITS FINANCIERS <i>(Joindre les justificatifs)</i>	MONTANT DU CAPITAL dont intérêts (en €)	
	Monsieur	Madame
- Assurances-vie		
- Plan d'Epargne Populaire		
- Plan d'Epargne Retraite Populaire (PERP)		

Date.....

Cachet de la Banque ou signature du
représentant légal ou du demandeur