

Notice pour le formulaire de demande d'Allocation Départementale Personnalisée d'Autonomie (ADPA)

Cette notice vous aide à compléter le formulaire de demande d'ADPA.

Il est important de remplir complètement le formulaire, de le signer et de joindre toutes les pièces justificatives demandées.

S'il manque des informations, votre signature ou des pièces justificatives, il sera déclaré incomplet et ne pourra pas être instruit.

L'Allocation Départementale Personnalisée d'Autonomie ne donne pas lieu à l'obligation alimentaire et n'est pas récupérable sur la succession du bénéficiaire, ni sur le légataire ou sur le donataire.

seine saint denis
LE DÉPARTEMENT

Direction de la Population Agée et des Personnes Handicapées
Service de la Population Agée
Immeuble VERDI
8-22 rue du Chemin Vert
93020 BOBIGNY Cedex
Tél. 0 800 893 893

N° de dossier :

Reçu le :

Cadre réservé aux services départementaux

DEMANDE D'ALLOCATION DEPARTEMENTALE PERSONNALISEE D'AUTONOMIE

à Domicile **1** en Etablissement

DEMANDEUR

Mme **DM**, Nom : Nom de jeune fille :

Prénom : Né(e) le : A.

N° sécurité sociale : **2**

Nationalité : Française Ressortissant de l'Union Européenne Autre :

Etes-vous marié(e) ? Non Oui. Précisez le régime principal :

Situation familiale : Célibataire Marié(e) Concubinage Pacsé Divorcé(e) Veuf(ve)

ADRESSE ACTUELLE

N° : Rue : N° d'appartement : Escalier :

Bâtiment : Code postal : Commune :

Téléphone : Depuis quand habitez-vous à cette adresse ? **3**

Précisez s'il s'agit de :

Domicile personnel Résidence autonomie (logement-foyer) EHPAD Hébergement chez un proche

Service Long Séjour Hospitalier Hébergement dans une famille d'accueil à titre onéreux

ADRESSE PRECEDENTE

N° : Rue : N° d'appartement : Escalier :

Bâtiment : Code postal : Commune :

Précisez s'il s'agit de : **4**

Domicile personnel Résidence autonomie (logement-foyer) EHPAD Hébergement chez un proche

Service Long Séjour Hospitalier Hébergement dans une famille d'accueil à titre onéreux

CONJOINT/CONCUBIN ou PACS

Mme **DM**, Nom : Nom de jeune fille :

Prénom : Né(e) le : A.

N° sécurité sociale : **5**

Le conjoint réside-t-il en établissement pour personnes âgées ? Oui Non

Lieu de résidence actuelle si différente de celle du demandeur :

PROTECTION JURIDIQUE DU DEMANDEUR

Type de protection juridique : Sauvegarde de justice Curatelle Tutelle Aucune

Mme **DM**, Nom et prénom du représentant légal ou organisme de tutelle : **6**

Téléphone : Email :

PERSONNE REFERENTE (personne à joindre en cas de besoin)

Mme **DM**, Nom et prénom du référent :

Lien avec le demandeur : **7**

Bâtiment : N° d'appartement : Escalier :

Code postal : Commune :

Téléphone : Email :

PROCHES AIDANTS DU DEMANDEUR

Sont « aidants » les personnes de votre entourage (famille, amis, voisins etc.) qui vous apportent une aide dans la vie quotidienne.

Nom et prénom de l'aidant	Age	Lien avec le demandeur	Lieu de résidence	Nature de l'aide apportée (ex : accompagnement dans les déplacements, aide aux repas etc...)	Fréquence	Durée de l'aide (en heures)
Aidant 1					<input type="checkbox"/> Tous les jours <input type="checkbox"/> Plusieurs fois par semaine <input type="checkbox"/> Une fois par semaine <input type="checkbox"/> Moins d'une fois par semaine	
Aidant 2					<input type="checkbox"/> Tous les jours <input type="checkbox"/> Plusieurs fois par semaine <input type="checkbox"/> Une fois par semaine <input type="checkbox"/> Moins d'une fois par semaine	
Aidant 3					<input type="checkbox"/> Tous les jours <input type="checkbox"/> Plusieurs fois par semaine <input type="checkbox"/> Une fois par semaine <input type="checkbox"/> Moins d'une fois par semaine	

1. Cochez la case correspondant au type d'ADPA demandée (« à domicile » ou « en établissement »). Une seule case doit être cochée.

2. Saisissez vos informations personnelles.

3. Saisissez votre adresse actuelle (domicile personnel ou lieu de résidence).

4. Saisissez votre ancienne adresse si elle a changé depuis 1 an. Si ce n'est pas le cas, il est inutile de remplir cette partie.

5. Saisissez les informations personnelles de votre conjoint, concubin ou partenaire pacsé. N'oubliez pas de préciser son adresse de résidence si elle est différente de la vôtre.

6. Précisez si vous bénéficiez d'un régime de protection juridique, et si c'est le cas, indiquez le nom et les coordonnées de votre représentant légal.

7. Saisissez le nom, l'adresse et les coordonnées de la personne qui sera référente de votre dossier, si vous souhaitez en avoir une. Sinon, inutile de remplir cette partie.

8. Complétez les informations demandées sur vos proches aidants. Il s'agit de la ou des personnes de votre entourage (famille, amis, voisins...) qui vous apportent de l'aide pour certaines activités de la vie courante (par exemple : ménage, courses, cuisine, déplacement, sorties...). Si personne n'est dans cette situation, inutile de remplir cette partie.

ALLOCATIONS

Percevez-vous :

Pension de Compensation du Handicap (PCH)	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non
Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP)	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non
Aide Ménagère Départementale	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non
Aide Ménagère d'un Régime de Retraite	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non
Majoration pour Tierce Personne (MTP)	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non
Prestation complémentaire de recours à une tierce personne (PCRTPT)	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non

9. Indiquez si vous bénéficiez déjà d'une ou de plusieurs des prestations listées.

REVENUS ET PATRIMOINE DU DEMANDEUR ET DU CONJOINT/CONCUBIN/PERSONNE AVEC LAQUELLE IL A CONCLU UN PACTE CIVIL DE SOLIDARITE

RESSOURCES ANNUELLES

Ressources annuelles	Du demandeur	Du conjoint/concubin/personne avec laquelle il a conclu un PACS
Pensions de retraite y compris retraites complémentaires (sauf ASPA)	10	
Salaires ou bénéfices déclarés		
Revenus soumis au prélèvement libératoire		
Capitaux mobiliers et capitaux non placés (dont assurances-vie)		
TOTAL ANNUEL		

10. Saisissez le montant de vos ressources annuelles et de celles de votre conjoint, concubin ou partenaire pacsé. Ces informations figurent sur vos derniers avis d'imposition et sur les relevés annuels relatifs à vos assurances-vie.

BIEN IMMOBILIERS

11

Concernant votre résidence principale, êtes-vous ?
 Propriétaire Locataire Occupant à titre gratuit

Propriétés bâties	Adresse	Compléments (Bât, N° appart, Esc etc...)	Code Postal	Ville	Valeur locative (voir case foncière)
Résidence principale					
Résidence(s) secondaire (s)					
Propriétés non bâties					

11. Indiquez si vous êtes propriétaire, locataire ou occupant à titre gratuit de votre résidence principale.

12. Saisissez les informations demandées sur les biens immobiliers (maisons, appartements, terrains...) que vous possédez. Si vous ne possédez aucun bien immobilier, passez à la partie suivante.

DEMANDE SIMPLIFIÉE D'UNE CARTE D'INVALIDITÉ ET DE STATIONNEMENT

Souhaitez-vous bénéficier de la carte d'invalidité ? OUI NON
 Souhaitez-vous bénéficier de la carte de stationnement ? OUI NON
 Si vous êtes en GIR 1 et 2 et que vous êtes en France, ces cartes vous seront attribuées directement par le DSDPA.

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e), M Mme Mlle, agissant :

- en mon nom propre
- en ma qualité de représentant légal de M Mme Mlle

certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus. Je suis informé(e) que toute fausse déclaration ou falsification de document, toute obtention usurpée d'un droit, m'expose à des sanctions pénales et financières en application de la loi, ainsi que, le cas échéant, à la récupération par le Département des sommes indûment perçues.

14

Fait le à
 Signature :

13. Indiquez si vous souhaitez bénéficier d'une carte d'invalidité et / ou d'une carte de stationnement. Attention : seuls les bénéficiaires de l'ADPA reconnus GIR 1 ou 2 peuvent prétendre au bénéfice automatique de ces cartes.

14. Complétez et signez (ou faites compléter et signer par votre représentant légal) la déclaration sur l'honneur de l'exactitude des renseignements saisis. Attention : le représentant légal est le mandataire judiciaire chargé d'assurer la mesure de tutelle, de curatelle ou de sauvegarde de justice ou le proche désigné dans le cadre de l'habilitation familiale. Le lien de parenté n'est pas suffisant.

Dispositions relatives à la loi du 6 janvier 1978
 Les traitements relatifs à cette demande sont informatisés. Ils sont donc soumis aux dispositions de la Loi "Informatique et Liberté" du 6 janvier 1978, modifiée en 2004, qui protège les droits et libertés individuelles.
 Toute personne peut obtenir communication et, le cas échéant, rectification ou suppression des informations la concernant, en adressant un courrier à Monsieur le Président du Conseil départemental de la Seine-Saint-Denis, 93006 Bobigny Cedex.

PIECES OBLIGATOIRES A JOINDRE AU DOSSIER

- Justificatif d'identité et de nationalité :
 - photocopie de la Carte nationale d'identité ou d'un passeport de l'Union Européenne
 - ou un extrait d'acte de naissance
 - ou photocopie du livret de famille
 - ou photocopie du titre de séjour ou de la carte de résidence en cours de validité

- Photocopie complète du dernier avis d'imposition ou de non-imposition sur le revenu.

- Toute pièce justificative des biens et capitaux du patrimoine dormant (photocopie du dernier relevé de la taxe foncière sur les propriétés bâties et sur les propriétés non bâties si vous, votre conjoint, votre concubin, ou la personne avec laquelle vous avez conclu un pacte civil de solidarité êtes propriétaires de biens immobiliers ; relevé annuel d'assurance vie etc.)

15

- Relevé d'Identité Bancaire ou Postal au nom du demandeur

Pour les personnes accueillies en établissement :

- L'arrêté de tarification à demander à la Direction de l'établissement
- Le bulletin de présence mentionnant la date d'entrée
- Le bulletin GIR établi par le médecin coordonnateur

Pour les personnes hébergées chez un proche :

- Un certificat d'hébergement
- La photocopie de la pièce d'identité de l'hébergeant

Pour les demandeurs bénéficiant d'une mesure de protection juridique :

- Photocopie du jugement concernant la mesure de protection (curatelle/tutelle)

Tout dossier incomplet et non signé ne pourra pas être instruit.

15. Joignez toutes les pièces justificatives demandées, en fonction de votre situation.

Le dossier doit être envoyé à l'adresse suivante :

**Conseil général de la Seine Saint-Denis
 DPAPH - Service Population Agée
 Allocation Départementale Personnalisée d'Autonomie
 93006 BOBIGNY CEDEX**

Suites données à la demande : Vous recevrez un accusé de réception dans les 10 jours après réception de la demande par le Département, indiquant si votre dossier est complet ou s'il comporte des pièces manquantes. La date de réception par le Département du dossier complet ou des pièces justificatives manquantes constitue la date légale de dépôt du dossier. Cette date fait courir le délai de deux mois au terme duquel une décision doit être notifiée par le Département.