

Vous pouvez remplir
votre demande
directement via un
formulaire en ligne

Formulaire de demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) à domicile

pour une personne âgée au moins de 60 ans
résidant à son domicile ou accueillie en résidence autonomie
dans le département des Hauts-de-Seine depuis au moins
3 mois (dans le cas contraire, se rapprocher de son département d'origine)

Renseignements concernant le foyer du demandeur

Demandeur (personne pour laquelle l'APA est demandée)	Conjoint, concubin ou partenaire de Pacte civil de solidarité (PACS) <i>(obligatoire si le demandeur est en couple)</i>
Civilité : Madame Monsieur Nom d'usage : Nom de naissance : Prénom(s) : Date de naissance : Lieu : Nationalité : N° de Sécurité sociale <i>(obligatoire)</i> :	Civilité : Madame Monsieur Nom d'usage : Nom de naissance : Prénom(s) : Date de naissance : Lieu : Nationalité : N° de Sécurité sociale <i>(obligatoire)</i> :

Situation de Famille

Célibataire	Marié Divorcé	Vie maritale Veuf	PACS depuis le
Précisez si l'éventuel conjoint, ou concubin, ou partenaire de PACS, réside : à domicile ou en structure d'hébergement			

Coordonnées du demandeur

Adresse actuelle :
Code postal :
Commune :
Téléphone : <i>(indispensable pour la prise de contact en vue de l'évaluation médico-sociale)</i>
Courriel : <i>(recommandé pour faciliter les échanges avec l'unité qui instruit cette demande)</i>

Coordonnées de la personne référente du demandeur (enfant, parent, autre) à contacter pour l'évaluation ou en cas d'urgence

Civilité : Madame Monsieur

Nom et prénom :

Adresse :

Téléphone :

Courriel :

(recommandé pour faciliter les échanges avec l'unité qui instruit cette demande)

Lien avec le demandeur :

Allocations perçues *(obligatoire)*

Le demandeur bénéficie-t-il déjà d'une aide à domicile : OUI NON

Si OUI, précisez :

aide ménagère à domicile prise en charge par : une caisse de retraite
l'aide sociale départementale

prestation de compensation du handicap (PCH)

allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP)

majoration pour tierce personne (MTP) versée par la Sécurité sociale

prestation complémentaire pour recours à tierce personne

Attention : l'APA n'est pas cumulable avec les aides citées ci-dessus

Revenus et Patrimoine du Foyer
(Renseignements **obligatoires** à fournir pour le demandeur et le cas échéant, pour le concubin ou partenaire de PACS)

Revenus

Les revenus du demandeur et de son éventuel conjoint, concubin ou partenaire de PACS seront évalués au vu **DU OU DES AVIS D'IMPOSITION OU DE NON-IMPOSITION SUR LES REVENUS, QU'IL EST OBLIGATOIRE DE FOURNIR.**

Chaque année, les ressources seront mises à jour automatiquement, en lien avec la Direction Générale des Finances Publiques.

Biens Immobiliers autres que la résidence principale (*obligatoire*)

(À compléter si le demandeur ou son éventuel conjoint, concubin ou partenaire de PACS sont propriétaires, propriétaires indivis ou usufruitiers d'un ou de plusieurs biens immobiliers)

Je déclare que le foyer ne possède aucun bien immobilier

Je déclare que le foyer possède les biens immobiliers suivants :

Nature du bien (bâti ou non bâti)	Adresse	En location (indiquez OUI ou NON)	Quote part pour les biens en indivision	Montant de la BASE de calcul
		Oui		
		Non		
		Oui		
		Non		
		Oui		
		Non		
		Oui		
		Non		
		Oui		
		Non		
		Oui		
		Non		
		Oui		
		Non		

Le foyer détient-il des parts dans une SCPI produisant des revenus fonciers ?

OUI

NON

Contrats d'Assurances Vie (*obligatoire*)

Je déclare que le foyer ne détient aucun contrat d'assurance vie

Je déclare que le foyer détient le(s) contrat(s) d'assurance vie souscrit(s) dans un établissement bancaire ou une compagnie d'assurance suivant :

	Nom de l'organisme	Date du dernier relevé annuel	Montant du capital
Le demandeur			
Conjoint, concubin ou partenaire de PACS			

En cas de contrats supplémentaires, indiquez les renseignements correspondants ci-dessous :

Demande de Carte Mobilité Inclusion (CMI) (*facultatif*)

Le bénéfice de cette carte est prévue à l'article L241-3 du Code de l'action sociale et des familles (CASF)

Je souhaite bénéficier de la Carte Mobilité Inclusion

En fonction de l'évaluation de votre situation, vous pourrez bénéficier d'une CMI comportant les mentions "invalidité", "stationnement" ou "priorité".

Les personnes bénéficiaires de l'APA dont le niveau de perte d'autonomie est évalué en GIR 1 ou en GIR 2 ont automatiquement et de façon définitive la CMI invalidité et la CMI stationnement.

Renseignements concernant les proches aidants du demandeur *(facultatif)*

Cette rubrique vise à apporter des premières informations sur les personnes :

- ✓ *de la famille*
- ✓ *de l'entourage amical*
- ✓ *du voisinage*

qui apportent une aide dans la vie quotidienne qu'on dénommera « aidant » dans ce qui suit.

	Aidant 1	Aidant 2	Aidant 3
Civilité	Madame Monsieur	Madame Monsieur	Madame Monsieur
Nom			
Prénom			
Age			
Adresse			
Lien avec le demandeur			
Nature de l'aide apportée et fréquence <i>(accompagnement à l'extérieur du domicile, courses...)</i>			

Déclaration sur l'honneur

Je soussigné(e)
agissant en mon nom propre en ma qualité de représentant légal désigné par le juge des tutelles, certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant dans ce formulaire de demande d'APA à domicile.

Je m'engage à fournir toutes les pièces justificatives correspondant à ma situation / celle du demandeur.

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 des articles 313-1, 313-7 et 313-8 du Code pénal ainsi que, le cas échéant, à la récupération par le Département des Hauts-de-Seine des sommes indûment perçues.

En cas de rejet de la demande, j'autorise le Département des Hauts-de-Seine à transmettre le dossier aux caisses de retraite : OUI NON

J'autorise le Département des Hauts-de-Seine à transmettre des informations aux services concernés de la commune du demandeur (CCAS et CLIC) : OUI NON

Fait à le

Signature du demandeur

ou de son représentant légal

Le dossier de demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie à domicile sera déclaré complet à condition que ce formulaire de demande soit dûment complété, daté et signé et que les justificatifs obligatoires correspondant à la situation du demandeur soient fournis.

Vous trouverez les documents suivants :

- liste des justificatifs
- étapes du traitement de votre dossier
- certificat médical en cas de demande de Carte Mobilité Inclusion

Sur la page web : <https://www.78-92.fr/annuaire/aides-et-services/detail/allocation-personnalisee-dautonomie-apa-92>

Votre dossier est à adresser à



Conseil départemental des Hauts-de-Seine
Direction des Prestations, du Financement et du Budget
Unité Prestations à domicile - APA Dom
92731 Nanterre Cedex

Dispositions relatives à la loi « informatique et libertés »

Les traitements de l'aide sociale départementale sont informatisés. Ils sont donc soumis aux dispositions de la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 qui protège les droits et libertés individuels. Conformément à l'article 27 de cette loi, les personnes auprès desquelles sont recueillies des informations nominatives, sont informées que :

Toutes les réponses aux différents questionnaires sont obligatoires : un défaut de réponse entraînera des retards ou une impossibilité dans l'instruction du dossier. Les destinataires des informations collectées sont exclusivement des administrations et organismes habilités à connaître des dossiers de l'aide sociale en application des articles L.133-5, L.221-7 ou L.221-8 du Code de l'action sociale et des familles.

En tout état de cause, les personnes concernées ont un droit d'accès et de rectification sur les informations nominatives stockées ou traitées informatiquement. Pour exercer ce droit, vous devez vous adresser au Délégué à la Protection des Données du Département des Hauts-de-Seine.