



CONSEIL GENERAL DES ALPES-MARITIMES
DIRECTION GENERALE DES SERVICES DEPARTEMENTAUX
DIRECTION DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES
SERVICE DE L'AIDE SOCIALE AUX ADULTES ET AUX PERSONNES HANDICAPEES
Secteur APA en Etablissement
B.P. 3007
06201 NICE CEDEX 3

DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE EN ETABLISSEMENT

Les informations ci-dessous sont à renseigner par l'Etablissement d'accueil

NOM du demandeur :

Prénom :

Date d'entrée : ____/____/____ (joindre un bulletin d'entrée)

Cachet de l'établissement d'accueil et adresse :	Groupe Iso Ressources (GIR) d'appartenance du demandeur					
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Téléphone :	Nom et cachet du médecin :					
Fax :	Signature :					
N° FINESS :						

Etablissement public * Etablissement privé à but lucratif *
 Etablissement privé à but non lucratif *
La convention tripartite a-t-elle été signée ? Non Oui

* Cocher la case correspondante

Cadre réservé à l'administration DOSSIER FAMILIAL N°
--

Cadre réservé à l'administration Date d'arrivée du dossier

A - ETAT CIVIL		
	DEMANDEUR	CONJOINT OU PERSONNE VIVANT MARITALEMENT ou PACS (Barrer les mentions inutiles)
NOM (ou nom marital pour les femmes mariées ou veuves)		
NOM de jeune fille		
Prénom		
Date et lieu de naissance		
Nationalité		
Situation familiale		
Numéro de Sécurité Sociale		

Le demandeur désigne la personne hébergée en maison de retraite

B - ADRESSE DE VOTRE DOMICILE PERSONNEL où vous avez résidé plus de 3 mois (Avant toute entrée en maison de retraite, de repos, foyer-logement, hôpital,...)			
Date d'arrivée	Date de départ	Numéro et Voie	Code postal et commune

C - MESURE DE PROTECTION	
Faites-vous l'objet d'une mesure de protection	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Si oui, laquelle ?	<input type="checkbox"/> Sauvegarde de justice <input type="checkbox"/> Curatelle <input type="checkbox"/> Tutelle
→ Nom, adresse et n° de téléphone du tuteur ou de l'association chargée de la mesure :	

D - PERSONNE A CONTACTER (Pour tout renseignement complémentaire nécessaire à l'instruction du dossier)
Nom et prénom :
Adresse :
Téléphone :
Lien avec le demandeur :

IMPORTANT :

**TOUT CHANGEMENT INTERVENANT DANS VOTRE SITUATION
(Retour au domicile, changement d'établissement, hospitalisation, etc....)
DOIT IMMEDIATEMENT ETRE SIGNALE
au Secteur APA en Etablissement.**

E - PATRIMOINE DU FOYER
(Ne figurant pas sur l'avis d'imposition)

LIVRETS ET COMPTES PRODUCTIFS D'INTERETS (A) (CODEVI, PEP, CNE ,.....)		COMPTES BANCAIRES NON PRODUCTIFS D'INTERET (B)	
Numéros	Montant	Numéros	Montant
	€		€
	€		€
	€		€
	€		€
	€		€
	€		€
TOTAL (A)	€	TOTAL (B)	€
TOTAL (A) + (B)		€	

F - MONTANT DES REVENUS SOUMIS AU PRELEVEMENT LIBERATOIRE
(Actions, Obligations) perçus au titre de l'année fiscale de référence
(Article 125 A du code général des impôts)

Vous (A)		Votre conjoint(e), concubin(e), pacs (B)	
	€		€
	€		€
	€		€
TOTAL (A)	€	TOTAL (B)	€
TOTAL (A) + (B)		€	

G - BIENS IMMOBILIERS
(à l'exception de la résidence principale lorsqu'elle est occupée par le demandeur, son conjoint,
son concubin ou PACS, ses enfants ou petits enfants)

Nature	Adresse

H - ALLOCATIONS ET AIDES

Percevez-vous :

L'allocation compensatrice pour tierce personne	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	Montant mensuel →	€
La majoration pour aide constante d'une tierce personne versée par la sécurité sociale ou une caisse de retraite	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	Montant mensuel →	€
L'allocation personnalisée d'autonomie servie par un autre département que les Alpes Maritimes	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	Montant mensuel →	€

ATTENTION ! CES AIDES NE SONT PAS CUMULABLES AVEC L'APA

☞ *N'oubliez pas de dater et signer votre demande, en dernière page.*

DISPOSITIONS REGLEMENTAIRES

I. « INFORMATIQUES ET LIBERTES »

Les traitements relatifs à cette demande 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 :

1. Toutes les réponses aux différents questionnaires sont obligatoires. Un défaut de réponse entraînera des retards ou une impossibilité dans l'instruction du dossier
2. Les destinataires des informations collectées sont exclusivement les administrations et organismes habilités à prendre connaissance des dossiers d'aide en établissement
3. En tout état de cause, les personnes concernées ont un droit d'accès et de rectification des informations nominatives stockées ou traitées informatiquement.

Pour l'exercice de ce droit, il convient de vous adresser, en justifiant de votre identité, à : Monsieur le Président du Conseil Général des Alpes-Maritimes.

II. RECUPERATION

L'APA ne fait l'objet d'aucun recours en récupération sur succession, donation ou legs - *article L 232.19 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF)*.

III. VERIFICATION DES DECLARATIONS

Pour vérifier les déclarations des intéressés, les services chargés de l'évaluation des droits à l'allocation personnalisée d'autonomie 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 (*article L 232.16 du CASF*).

IV. FRAUDE ET FAUSSES DECLARATIONS

Toute fraude, fausse déclaration ou falsification de document, toute tentative de percevoir frauduleusement des prestations au titre de l'aide sociale, expose à des sanctions pénales et financières prévues par les articles L 433.19, L 441.7, L 313.1, L 313.3, L 313.7 et L 313.8 du code pénal (*article L 133.6 du CASF*).

Je soussigné(e), agissant en mon nom propre ou en qualité de représentant légal du demandeur, certifie avoir pris connaissance des dispositions concernant l'APA et certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements déclarés sur la présente demande.

Demande déposée le :

**Signature du demandeur
ou de son représentant légal :**

**Point INFO :
● Tél. 04 97 18 78 18**



CONSEIL GENERAL DES ALPES-MARITIMES

**NOTICE D'INFORMATION CONCERNANT LE DOSSIER
DE DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISEE
D'AUTONOMIE EN ETABLISSEMENT**

A lire attentivement avant de remplir votre dossier

Vous sollicitez une Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) en établissement

Afin que votre demande puisse être instruite dans les meilleurs délais par le Conseil général, veuillez prendre connaissance des précisions et conseils suivants.

I - Le terme « demandeur » désigne la personne hébergée en maison de retraite.

II - Dans les cas de demande pour les deux membres du couple, remplissez deux dossiers.

III - Liste des pièces à fournir impérativement.

Toute demande d'APA doit être accompagnée de la photocopie des documents suivants :

1. Si vous êtes français(e) ou assimilé(e) :
Livret de famille ou **carte nationale d'identité** ou **extrait de naissance** ou **passport de la CEE.**
2. Si vous êtes étranger (hors CEE) :
Carte de résident (en cours de validité) ou **titre de séjour** (en cours de validité).
3. **Dernier avis d'imposition** ou de **non-imposition**
4. Si vous êtes propriétaire d'un ou plusieurs biens immobiliers autres que votre résidence principale :
Dernier relevé de la taxe foncière sur les propriétés bâties et non bâties.
5. **Relevé d'identité bancaire (RIB)** ou **postal (RIP).**
6. Si vous faites l'objet d'une mesure de protection judiciaire (tutelle, curatelle, sauvegarde de justice) : **jugement**

IV – Autres pièces nécessaires

- Bulletin d'entrée
- Si vous êtes placé(e) en maison de retraite, hors département des Alpes Maritimes :
 1. Justificatifs du domicile précédent (quittance de loyer, facture de téléphone, E.D.F., attestation de résidence,...).
 2. Arrêté de tarification, concernant la dépendance, (à demander au directeur de l'établissement).

V – Conseils utiles pour faciliter l'ouverture éventuelle de vos droits à l'APA :

Afin d'être instruite, votre demande doit être complète, c'est-à-dire :

- toutes les rubriques qui composent le dossier ci-joint doivent être remplies et complétées,
- si vous n'êtes pas concerné(e) par certaines rubriques, indiquez « NEANT »,
- n'oubliez surtout pas de **dater** et **signer** votre demande.

Transmettez votre dossier, dûment rempli et accompagné des pièces justificatives, au moyen de l'enveloppe ci-jointe.

**ATTENTION ! TOUT DOSSIER INCOMPLET ET/OU MAL REMPLI SERA RETOURNE
AU DEMANDEUR OU A SON REPRESENTANT LEGAL**