

## 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 (*rayez 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

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., M<sup>me</sup>, M<sup>lle</sup> ..... 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	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Prestation de compensation du handicap	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Aide sociale en établissement	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Allocation personnalisée d'autonomie	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Aide ménagère au titre de l'aide sociale par le Conseil général	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Majoration tierce personne	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Aide ménagère versée par les caisses de retraite	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	→ Nombre d'heures : .....	

• L'organisme intervenant :

- Caisse de retraite qui vous aide : .....
- ou mutuelle .....
- ou retraite complémentaire .....

**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)		
<b>TOTAL ANNUEL</b>		

**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)		

## DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) M. ou M<sup>me</sup> : .....

agissant :  en mon nom propre  en qualité de représentant de M. ou M<sup>me</sup> .....

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). 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

**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.*

DOSSIER N° :

**AUTORISATION DE VERSEMENT  
DE L'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE  
À UN ÉTABLISSEMENT D'HÉBERGEMENT DE PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES**

Je soussigné(e) M.  M<sup>me</sup>  M<sup>lle</sup>  .....

(éventuellement) tuteur de M.  M<sup>me</sup>  M<sup>lle</sup>  .....

Nom de jeune fille ..... né(e) le .....

**AUTORISE**

le comptable ou le responsable de l'établissement désigné ci-dessous à percevoir l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) susceptible de m'être attribué(e) par décision de M. le Président du Conseil général de Seine-et-Marne.

Cette autorisation ne deviendra caduque que par une décision contraire notifiée par écrit à M. le Président du Conseil général de Seine-et-Marne, par envoi recommandé avec avis de réception, avant le 15 du mois précédent celui auquel elle se rapportera.

Date et Signature :

Je soussigné(e) M.  M<sup>me</sup>  M<sup>lle</sup>  .....

Comptable ou responsable de l'établissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes (*indiquer le nom et l'adresse*)

**ACCEPTE**

de percevoir l'Allocation Personnalisée d'Autonomie susceptible d'être attribuée à la personne désignée ci-dessus, résidente à mon établissement. Cette allocation sera imputée en déduction du coût du séjour facturé à l'intéressé(e).

Date et signature :

**LISTE DES PIÈCES JUSTIFICATIVES  
POUR UNE DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISÉE  
D'AUTONOMIE (APA) EN ÉTABLISSEMENT**

- Imprimé de demande dûment complété et signé ;**
- Photocopie du livret de famille ou de la carte nationale d'identité ou un extrait de naissance (pour le demandeur de nationalité française) ;**
- Photocopie du passeport de la communauté européenne (pour les demandeurs de nationalité autre que française, mais appartenant à la communauté européenne) ;**
- Photocopie de la carte de résidence ou du titre de séjour en cours de validité (pour les demandeurs de nationalité étrangère, hors communauté européenne) ;**
- Justificatif de domicile (quittance de loyer ou attestation d'hébergement ou taxe d'habitation) ; 3 mois précédent l'entrée en établissement ;**
- Photocopie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition à l'impôt sur le revenu (pour une demande déposée entre janvier et août de l'année n : fournir l'avis d'imposition ou de non-imposition de l'année n-2, pour une demande déposée entre septembre à décembre, celui de l'année n-1) ;**
- Photocopie du dernier relevé des taxes foncières sur les propriétés bâties et sur les propriétés non bâties ;**
- Un relevé d'identité bancaire ou postal ;**
- L'autorisation de versement à l'établissement d'hébergement ;**
- Pour les hébergements en établissement situés hors Seine-et-Marne, joindre l'arrêté départemental de tarification ;**
- Grille AGGIR complétée par l'établissement d'accueil ;**
- Un bulletin d'entrée en établissement pour les personnes âgées dépendantes.**