



## RENSEIGNEMENTS DIVERS

➔ Bénéficiez-vous :

– de l'aide ménagère versée par les caisses de retraite ou par le département (si l'APA vous est accordée, le Département en informera directement votre caisse de retraite)  **OUI**  **NON**

– de la majoration pour l'aide d'une tierce personne (MTP)  **OUI**  **NON**

– de la prestation complémentaire pour recours tierce personne (ACTP)  **OUI**  **NON**

– de la prestation de compensation du handicap (PCH)  **OUI**  **NON**

## VOTRE TUTELLE

Fournir le RIB sous couvert du tuteur légal

Mentionner le cas échéant l'existence d'une mesure de protection juridique ou administrative :

- Sauvegarde de justice  Curatelle  Tutelle  
 Mandat de protection future  Habilitation familiale  Démarche de protection en cours  
 Mesure d'accompagnement social personnalisé (MASP)

Nom et adresse du tuteur légal ou de l'association tutélaire : \_\_\_\_\_

TELEPHONE : \_\_\_\_\_ ADRESSE MAIL : \_\_\_\_\_

## VOTRE REFERENT

Personne désignée par le demandeur pour tout contact avec l'Equipe Médico-Sociale : pour la visite d'évaluation à domicile, en cas de changement de situation et pour le suivi de la demande d'APA

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_ DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

COMMUNE : \_\_\_\_\_

TELEPHONE : \_\_\_\_\_ ADRESSE MAIL : \_\_\_\_\_

PRECISER LE LIEN DE PARENTE OU AUTRE : \_\_\_\_\_

## VOTRE CONJOINT

NOM : \_\_\_\_\_ NOM DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_ N° SECURITE SOCIALE : \_\_\_\_\_

NATIONALITE : \_\_\_\_\_

CAISSE DE RETRAITE PRINCIPALE : \_\_\_\_\_

BENEFICIE-T-IL DE L'APA  **OUI**  **NON** OU UNE AUTRE PRESTATION (préciser) : \_\_\_\_\_

EST-IL ACCUEILLI EN ÉTABLISSEMENT OU EN FAMILLE D'ACCUEIL :  **OUI**  **NON**

SI OUI, PRÉCISER LE NOM DE LA STRUCTURE ET LA DATE D'ENTRÉE : \_\_\_\_\_

## DECLARATION DE VOS RESSOURCES

Joindre obligatoirement le dernier avis d'imposition

RESSOURCES ANNUELLES BRUTES TELLES QUE MENTIONNÉES SUR LE DERNIER AVIS D'IMPOSITION OU DE NON IMPOSITION À L'IMPÔT SUR LE REVENU		
	DEMANDEUR	CONJOINT
Traitement, salaires, pensions et rentes (cf. Avis d'Imposition)		
Revenus des valeurs et capitaux mobiliers		
Revenus soumis à prélèvement libératoire		
Revenus fonciers		
<b>TOTAL ANNUEL</b>		

## RENSEIGNEMENTS SUR LE PATRIMOINE

Du demandeur, du conjoint, du concubin ou de la personne avec laquelle il a conclu un pacte civil de solidarité

ÊTES-VOUS PROPRIÉTAIRE DE BIENS IMMOBILIERS :  **OUI**  **NON**

## RAPPEL REGLEMENTATION

En application de l'article L 232-16 de la Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001, les déclarations des demandeurs peuvent être vérifiées par les services instructeurs, auprès des administrations publiques, notamment des administrations fiscales, des collectivités territoriales, des organismes de sécurité sociale et de retraites complémentaires, qui sont tenus de leur communiquer toutes les informations nécessaires.

La décision, faisant suite à votre demande d'APA, vous sera notifiée par courrier par le Président du Conseil départemental dans un délai de deux mois à compter de la date de l'enregistrement du dossier *complet*.

Vous disposez d'un droit de recours contre cette décision dans un délai de deux mois à compter de la réception du courrier de notification.

Je soussigné(e) agissant [en mon nom propre\*] - [en qualité de représentant légal de\*] \_\_\_\_\_ certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus et déclare avoir pris connaissance des dispositions de l'article L 133.6 du Code de l'action Sociale et des Familles qui dispose que le fait de percevoir ou de tenter de percevoir frauduleusement des prestations au titre de l'aide sociale, est puni des peines prévues par les articles 313-1, 313-7 et 313-8 du Code Pénal.

Cachet du CCAS ou du CIAS ou de l'Établissement

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_  
Signature :

\* Rayer la mention inutile

## CARTE MOBILITE INCLUSION

La Carte Mobilité Inclusion (CMI) est attribuée par le Président du Conseil départemental depuis le 1<sup>er</sup> Janvier 2017. Elle remplace les anciennes cartes Priorité, Stationnement, Invalidité délivrées par la MDPH.

**Vous souhaitez faire une demande de CMI**, cochez ci-dessous et renseignez le questionnaire médical CMI :

- CMI MENTION STATIONNEMENT  CMI MENTION PRIORITÉ / INVALIDITÉ  
 avec sous mention besoin d'accompagnement cécité (joindre votre dernier bilan ophtalmologique)  
 avec sous mention besoin d'accompagnement

**Si demande de renouvellement :**

Les droits inscrits sur votre ou vos carte (s) arrivent à expiration :

- OUI, merci de joindre une copie de votre ou vos carte(s)  
 NON, vous conservez votre ou vos carte(s) jusqu'à expiration de vos droits au et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2026.