



**DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE (APA)**

**à domicile**

**POUR LES PERSONNES DE PLUS DE 60 ANS**

**à retourner complétée et signée au**

**Conseil départemental de l'Oise - Direction de l'Autonomie des Personnes**

**1 rue Cambry – CS 80941**

**60024 BEAUVAIS CEDEX**

**DEMANDEUR**

NOM : \_\_\_\_\_

PRENOM : \_\_\_\_\_

ADRESSE ACTUELLE :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Canton \_\_\_\_\_

n° de téléphone : \_\_\_\_\_

**REFERENT A CONTACTER**

NOM : \_\_\_\_\_

PRENOM : \_\_\_\_\_

lien de parenté : \_\_\_\_\_

ADRESSE ACTUELLE :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

n° de téléphone : \_\_\_\_\_

courriel : \_\_\_\_\_

**RESIDEZ-VOUS DANS L'OISE DEPUIS AU MOINS TROIS MOIS ?**

OUI

NON → (adresse avant votre arrivée dans l'Oise et date d'arrivée dans l'Oise) :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**PRECISEZ S'IL S'AGIT :**

DU DOMICILE PERSONNEL

D'UNE RESIDENCE POUR PERSONNE AGEE (Foyer logement)

Adresse avant votre arrivée à la Résidence pour Personnes Agées :

\_\_\_\_\_

D'UN ACCUEIL FAMILIAL (Loi du 10/07/1989)

Adresse avant votre arrivée en famille d'accueil :

\_\_\_\_\_

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DEMANDEUR

	LE DEMANDEUR	LE CONJOINT OU LA PERSONNE VIVANT MARITALEMENT
NOM MARITAL (pour les femmes)		
NOM DE NAISSANCE		
PRENOM		
DATE ET LIEU DE NAISSANCE		
N° SECURITE SOCIALE		
NATIONALITE		
Date d'arrivée en FRANCE (pour les étrangers)		
SITUATION DE FAMILLE marié(e), divorcé(e), veuf(ve), concubin(e), pacte civil de solidarité, célibataire		
REGIME de RETRAITE PRINCIPALE (*)		
Lieu de résidence actuelle du demandeur et son conjoint (avec date d'arrivée et départ) Précisez si le conjoint ou concubin réside en établissement médico-social (joindre copie de la dernière facture dans ce cas)		

Bénéficiez-vous (ou votre conjoint) :

- de la Majoration Tierce Personne (MTP) OUI - NON
- de l'Allocation Compensatrice Tierce Personne (ACTP) OUI - NON
- de l'Aide Ménagère Caisse de Retraite OUI - NON
- de la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) OUI - NON

### MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE

Faites-vous l'objet d'une mesure de :

- Sauvegarde de justice     Tutelle     Curatelle  
(si oui joindre impérativement une copie du jugement)
- d'Accompagnement Social Personnalisé                       d'Accompagnement Judiciaire  
(si oui joindre un justificatif)

NOM ET ADRESSE du représentant légal ou de l'organisme chargé de cette mesure :

---

---

N° de téléphone :

---

(\*) c'est à dire celui auprès duquel vous avez cotisé le plus longtemps.

## RESSOURCES

NATURE DES RESSOURCES	DEMANDEUR MONTANT MENSUEL	CONJOINT ou PERSONNE VIVANT MARITALEMENT (montant mensuel)
<u>Retraites principales et complémentaires</u>		
<u>Salaires ou bénéfices déclarés</u>		
Allocation solidarité aux personnes âgées		
Rente accident du travail et maladies professionnelles		
Pension d'invalidité		
Allocations adultes handicapés		
Rentes viagères		
Autres ressources		

### **DEMANDE DE CARTE MOBILITE INCLUSION (CMI)**

(Conformément à l'article R 241-12 du CASF)

Si vous le souhaitez, vous avez la possibilité de faire la demande de CMI. Pour ce faire, cochez la case suivante :

oui

non

Après évaluation de votre degré de dépendance :

- En GIR 1 ou 2, votre carte pourra porter la mention « INVALIDITE » et/ou « STATIONNEMENT »
- En GIR 3 ou 4, votre carte pourra porter la mention « PRIORITE » et/ou « STATIONNEMENT »

## **LISTE DES PIECES JUSTIFICATIVES A JOINDRE AU DOSSIER**

### **APA à domicile :**

- la photocopie du livret de famille, carte nationale d'identité ou extrait de naissance ;  
pour les étrangers : justificatifs de résidence en France (copie recto verso du titre de séjour)  
ou de la carte de résident ou passeport de la Communauté Européenne ;
- copie du dernier avis d'imposition ou de non imposition sur le revenu ;
- copie des trois derniers relevés bancaires ou extrait de compte justifiant les ressources du demandeur et de son conjoint ;
- relevé d'Identité Bancaire.
- si mesure de protection (tutelle, curatelle, sauvegarde de justice, ...) : copie du justificatif de la mesure ;

---

Conformément à l'article L.232-19 du code de l'action sociale et des familles, les prestations versées au titre de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie ne font l'objet d'aucun recouvrement sur la succession du bénéficiaire, sur le légataire et le donataire.

L'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) n'est pas cumulable avec l'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP), ni avec la majoration pour aide constante d'une tierce personne, ni avec la prestation légale ou extra-légale d'aide ménagère ni avec la Prestation de Compensation du Handicap.

### **DISPOSITIONS RELATIVES A 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 qui protège les droits et libertés individuelles.

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 connaître des dossiers d'aide à domicile ou 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 selon la prestation dont vous bénéficierez, en justifiant de votre identité, à :

Monsieur le Président du Conseil départemental à l'adresse ci-contre : **1, rue Cambry - CS 80941 - 60024 BEAUVAIS Cedex.**

---

**Je soussigné(e) déclare avoir pris connaissance des dispositions ci-dessus indiquées et certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant au dossier.**

En application de l'article 5 X de la loi n° 92-722 du 29 juillet 1992 et de l'article L.133-2 du CASF, les services instructeurs vérifient les déclarations des demandeurs.

A cette fin, ils peuvent demander toutes les informations nécessaires aux administrations publiques et notamment aux administrations financières, aux collectivités territoriales, aux organismes de sécurité sociale, de retraite complémentaire, d'indemnisation du chômage ainsi qu'aux organismes publics et privés concourant aux dispositifs d'insertions ou versant des rémunérations au titre de l'aide sociale à l'emploi, qui sont tenus de leur communiquer.

**FAIT à** \_\_\_\_\_ **le** \_\_\_\_\_

**SIGNATURE**