

Je soussigné(e), agissant

- en mon nom propre
- en ma qualité de représentant de.....

certifie sur l'honneur, l'exactitude des renseignements figurant au présent dossier.

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 prévues par la loi (articles L 433-19, L 441-7, L 313-1 et L 313-3 du Code Pénal).

J'autorise la transmission d'informations me concernant, au titre de la demande d'APA vers d'autres services du Département ou organismes (caisses de retraite, Maison Départementale des Personnes Handicapées...) délivrant une prestation à laquelle je pourrais prétendre : oui non

Fait à, le / /

Signature obligatoire

Dispositions relatives à 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 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 des dossiers.
- 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 bénéficiez, en justifiant de votre identité à Monsieur le Président du Département.

**CE DOSSIER, UNE FOIS COMPLÉTÉ, DOIT ÊTRE IMPÉRATIVEMENT RENVOYÉ,
AU MOYEN DE L'ENVELOPPE PRÉ-RENSEIGNÉE À CET EFFET DANS CE DOSSIER,
À L'ADRESSE CI-DESSOUS**



DÉPARTEMENT DES CÔTES D'ARMOR
DIRECTION PERSONNES ÂGÉES ET PERSONNES HANDICAPÉES

ALLOCATIONS POUR L'AUTONOMIE
9 PLACE DU GÉNÉRAL DE GAULLE | CS 42371
22023 SAINT-BRIEUC CEDEX 1

Plus d'infos sur cotesdarmor.fr



Département des Côtes d'Armor

Dossier de demande

d'Allocation Personnalisée d'Autonomie

A - Renseignements relatifs à la personne sollicitant l'allocation

S'agit-il d'une demande pour le couple ? oui non

	Personne sollicitant l'allocation		Conjoint-e, concubin-e, pacsé-e	
	<input type="checkbox"/> M ^{me}	<input type="checkbox"/> M.	<input type="checkbox"/> M ^{me}	<input type="checkbox"/> M.
Nom				
Nom de naissance				
Prénom				
Date de naissance				
Lieu de naissance				
N° Sécurité Sociale				
Nationalité				
Date d'arrivée en France (pour les étrangers) ❶				
Situation familiale ❷				
Caisse de retraite principale ❸				
Adresse du domicile du demandeur	Bât./Étage/Code : N° voie Voie : Code Postal : Commune : Tél. (obligatoire) Courriel@.....			
Vous êtes	<input type="checkbox"/> Locataire <input type="checkbox"/> Usfruitier <input type="checkbox"/> Propriétaire <input type="checkbox"/> Hébergé à titre gratuit Exonéré(e) de taxe foncière <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
Adresse antérieure depuis le (jour/mois/année) / /	Bât./Étage/Code : N° voie Voie : Code Postal : Commune :			
Si vous n'êtes pas actuellement à votre domicile, merci d'indiquer votre adresse	Bât./Étage/Code : N° voie Voie : Code Postal : Commune : Préciser s'il s'agit de l'adresse : <input type="checkbox"/> d'un membre de votre famille <input type="checkbox"/> d'un accueil familial <input type="checkbox"/> d'une Résidence autonomie (ex-EHPA) ou d'un EHPAD ❹ <input type="checkbox"/> d'un hôpital ou autre établissement de santé			

N° DOSSIER

Merci de vous reporter à la "notice explicative" pour toutes les précisions.

Plus d'infos sur cotesdarmor.fr



Faites-vous l'objet d'une mesure de protection ? (tutelle, curatelle, sauvegarde de justice)
 oui (joindre impérativement la copie du jugement) non en cours

Nom et adresse du tuteur	Nom. Prénom N° voie Voie Code Postal Commune Tél.
Coordonnées de la personne référente (facultatif)	Nom. Prénom Lien avec le demandeur N° voie Voie Code Postal Commune Tél. fixe Tél. portable Courriel @..... Souhaitez-vous que cette personne soit le destinataire exclusif de vos courriers ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Coordonnées du médecin traitant (facultatif)	Nom Commune

B - Renseignements concernant les revenus et le patrimoine du demandeur ou du couple

La participation est calculée à partir de votre avis d'imposition

1 - Allocations perçues ou aides déjà accordées ⑤

Percevez-vous ?	Le demandeur		Conjoint-e, concubin-e, pacsé-e	
L'aide ménagère attribuée par une caisse de retraite	<input type="checkbox"/> oui	Nb d'heures*	<input type="checkbox"/> oui	Nb d'heures*
L'aide ménagère au titre de l'aide sociale départementale	<input type="checkbox"/> oui	Nb d'heures*	<input type="checkbox"/> oui	Nb d'heures*
L'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
La Prestation de Compensation du Handicap (PCH)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
La Majoration pour Tierce Personne (MTP)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
La Prestation Complémentaire pour Recours à Tierce Personne (PC RTP)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

* Le nombre d'heures est à indiquer mensuellement

2 - Revenus soumis au prélèvement libératoire en application des articles 125-0 A et 125 D du code général des impôts ne figurant pas dans l'avis d'imposition ou de non-imposition à l'impôt sur le revenu

Montant à préciser pour le demandeur €
Montant à préciser pour le conjoint-e, concubin-e, pacsé-e €

3 - Patrimoine dormant à renseigner pour le demandeur, et le cas échéant, son conjoint-e, son concubin-e ou la personne avec qui il a conclu un PACS

a. Biens immobiliers (ne pas déclarer la résidence principale si celle-ci est occupée par le demandeur, son conjoint, son concubin, la personne avec qui il a conclu un pacte civil de solidarité, ses enfants ou ses petits enfants)

Nature du bien ⑥	Adresse	Préciser si le bien est loué	
		<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
		<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
		<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
		<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
		<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

b. Patrimoine financier

La valeur de l'ensemble de vos contrats d'assurance-vie doit être déclarée (joindre tous les derniers relevés annuels de l'ensemble de vos contrats d'assurance-vie).

Valeur de vos contrats d'assurance-vie €
--	---------

Je soussigné(e) atteste sur l'honneur

ne pas détenir d'autres contrats d'assurance-vie à mon nom (ou au nom de mon conjoint ou concubin ou personne avec laquelle un pacte civil de solidarité a été conclu) que celui ou ceux déclaré(s) dans le montant ci-dessus.

ne détenir aucun contrat d'assurance-vie à mon nom (ou au nom de mon conjoint ou concubin ou personne avec laquelle un pacte civil de solidarité a été conclu)

C - Demande simplifiée de la Carte Mobilité Inclusion (CMI) ⑦

• Si l'APA vous est accordée au titre du **Groupe Iso-Ressources (GIR) 1 ou 2**, vous pouvez bénéficier de la CMI comportant les mentions **"invalidité"** et **"stationnement pour personnes handicapées"**.

Souhaitez-vous bénéficier de la carte mobilité inclusion comportant :

La mention **"invalidité"** prévue à l'article L.241-3 : oui non

La mention **"stationnement pour personnes handicapées"** prévue à l'article L.241-3 : oui non

• Si l'APA vous est accordée au titre du GIR 3 ou 4 ou si vous êtes évalué(e) en GIR 5 ou 6, l'équipe médico-sociale peut apprécier si votre situation justifie l'attribution de la mention **"priorité"** et/ou de la mention **"stationnement pour personnes handicapées"** de la CMI.

Souhaitez-vous bénéficier de la carte mobilité inclusion comportant :

La mention **"priorité"** prévue à l'article L.241-3 : oui non

La mention **"stationnement pour personnes handicapées"** prévue à l'article L.241-3 : oui non

D - Renseignements concernant vos proches aidants

Article L.113-1-3

Est considéré comme proche aidant d'une personne âgée son conjoint, le partenaire avec qui elle a conclu un pacte civil de solidarité ou son concubin, un parent ou un allié, définis comme aidants familiaux, ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables, qui lui vient en aide, **de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne.**

Nom et prénom	Adresse	Date de naissance	Parenté avec l'aidant (ou autre)	Nature de l'aide apportée
				<input type="checkbox"/> démarches administratives <input type="checkbox"/> aides dans vos déplacements <input type="checkbox"/> courses <input type="checkbox"/> aides à la vie quotidienne * <input type="checkbox"/> autres
				<input type="checkbox"/> démarches administratives <input type="checkbox"/> aides dans vos déplacements <input type="checkbox"/> courses <input type="checkbox"/> aides à la vie quotidienne * <input type="checkbox"/> autres
				<input type="checkbox"/> démarches administratives <input type="checkbox"/> aides dans vos déplacements <input type="checkbox"/> courses <input type="checkbox"/> aides à la vie quotidienne * <input type="checkbox"/> autres

* aide à la toilette, habillement, repas...