



LE DÉPARTEMENT

DIRECTION DE L'AUTONOMIE

DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE EN ÉTABLISSEMENT

NOM : **PRÉNOM :**

COMMUNE : (avant entrée en établissement)

La demande est sollicitée pour : Monsieur Madame Le couple

Je soussigné(e) le demandeur :

ou le représentant agissant en qualité de :

déclare avoir joint à cette demande les pièces obligatoires ci-dessous :

Une photocopie du justificatif d'identité du demandeur et du conjoint le cas échéant (carte nationale d'identité, passeport ou livret de famille) ou pour les ressortissants hors union européenne, le titre de séjour **EN COURS DE VALIDITÉ**.

La photocopie recto-verso de mon avis d'imposition ou de non imposition à l'impôt sur le revenu, et, le cas échéant, de mon conjoint, mon concubin ou de la personne avec laquelle j'ai conclu un pacte civil de solidarité (PACS).

La photocopie intégrale des derniers relevés des taxes foncières sur mes propriétés bâties et sur mes propriétés non-bâties, et, le cas échéant, ceux de mon conjoint, de mon concubin ou de la personne avec laquelle j'ai conclu un pacte civil de solidarité (PACS).

Le cas échéant, un relevé personnel d'identité bancaire ou postal (original obligatoire) au nom du demandeur. (cf page 3 : renseignements concernant le versement de l'APA).

M'engage à signaler toute modification dans ma situation

Certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant dans ce dossier de demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie.

Atteste avoir pris connaissance des sanctions prévues par l'article 22 de la loi n°68690 du 31 juillet 1968 en cas de fausses déclarations. Toute fraude ou fausse déclaration entraîne des poursuites judiciaires, l'application des peines prévues par l'article 405 du code pénal et le recouvrement des prestations indûment perçues.

Fait à le

Signature :

**Ce dossier est à déposer impérativement
au CCAS du lieu de domicile du demandeur**

N° dossier :

COORDONNÉES DE L'ÉTABLISSEMENT D'ACCUEIL

Préciser s'il s'agit :

d'un établissement varois

d'un établissement hors Var

Préciser la date d'entrée :

Nom de l'établissement :

Adresse : n° **rue**

Code postal **Ville**

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE FOYER DU DEMANDEUR

	LE DEMANDEUR	LE CONJOINT, CONCUBIN, OU PACS
NOM DE NAISSANCE		
NOM MARITAL		
PRÉNOMS		
DATE ET LIEU DE NAISSANCE		
N° DE SÉCURITÉ SOCIALE		
SITUATION DE FAMILLE <i>marié(e), célibataire, veuf(ve), divorcé(e), concubin(e), pacsé(e). En cas de changement récent, préciser la date.</i>		
EN ACTIVITÉ OU SI RETRAITÉ : <i>préciser la caisse de retraite principale</i>		

Adresse de votre domicile avant l'entrée en établissement (avec dates d'arrivée et de départ) :

Préciser le lieu actuel du conjoint s'il est différent de celui du demandeur :

• Coordonnées de la personne référente à contacter en cas d'urgence (enfant, parent, autre...)
adresse et numéro de téléphone et adresse mél.

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE VERSEMENT DE L'APA

Pour les établissements du Var.

L'Allocation Personnalisée d'Autonomie est versée directement à l'établissement sous forme de dotation globale.

Pour les établissements hors Var.

Pour les personnes accueillies dans des établissements hors Var, L'APA est versée directement au bénéficiaire (ou à son représentant). Elle peut, après accord du bénéficiaire, être versée directement à l'établissement.

Versement : Au demandeur (joindre 1 RIB) À l'établissement

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES REVENUS ET LE PATRIMOINE DU DEMANDEUR ET DE SON CONJOINT

DÉCLARATION DES RESSOURCES NE FIGURANT PAS SUR L'AVIS D'IMPOSITION OU DE NON IMPOSITION SUR LE REVENU :
Revenus soumis aux prélèvements libératoires en application de l'article 125 A du code général des impôts. Si néant le préciser.

DEMANDEUR	CONJOINT, CONCUBIN, PACS
.....
.....
.....

BIENS IMMOBILIERS :

Nature, adresse, et valeur locative apparaissant dans le dernier relevé de la taxe foncière sur les propriétés bâties et non bâties. Si néant le préciser.

DEMANDEUR	CONJOINT, CONCUBIN, PACS
.....
.....
.....

BIENS MOBILIERS ET CAPITALS NON PLACÉS (dont assurance vie) :

Ne pas déclarer les capitaux placés, y compris ceux exonérés d'impôts (livret A, livret de développement durable, plan d'épargne logement, plan d'épargne en actions), qui ne constituent pas du patrimoine dormant. En revanche, la valeur des contrats d'assurance-vie, qui relèvent du patrimoine dormant, doit être déclarée. Si néant le préciser.

DEMANDEUR	CONJOINT, CONCUBIN, PACS
.....
.....
.....

AIDES DONT VOUS BÉNÉFICIEZ ACTUELLEMENT (OU VOTRE CONJOINT, CONCUBIN, PACS)

Attention, le demandeur ne peut en aucun cas cumuler cette aide avec l'APA

- Allocation compensatrice tierce personne
- Prestation de compensation du handicap
- Majoration pour aide constante d'une tierce personne (MTP)
- Prestation complémentaire pour recours à tierce personne

FAITES-VOUS L'OBJET D'UNE MESURE DE :

- Tutelle
- Curatelle
- Mesure d'accompagnement sociale
- Sauvegarde de justice

Nom et adresse du tuteur ou de l'association chargée de la gestion des biens **(JOINDRE UNE COPIE DU JUGEMENT)** :

.....
.....
.....

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 du code pénal 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 de 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 bénéficiez, en justifiant de votre identité, à Monsieur le Président du Conseil Départemental du Var à l'adresse ci-dessous :

DIRECTION DE L'AUTONOMIE

Direction Adjointe des Prestations d'Autonomie
412, rue Jean Aicard
83015 Draguignan cedex • Tél. 04 83 95 30 00

Dossier transmis par :

le :

cachet de l'organisme