

**À retourner :**

CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE LOIR-ET-CHER  
DGAS  
Maison départementale de l'autonomie (MDA)  
Hôtel du Département  
Place de la République  
41020 BLOIS CEDEX  
Email : vivre.autonome41@departement41.fr



DOSSIER N°

**DIRECTION GÉNÉRALE ADJOINTE LOIR-ET-CHER SOLIDAIRE  
MAISON DÉPARTEMENTALE DE L'AUTONOMIE**

**DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE EN  
ÉTABLISSEMENT (A.P.A.E)  
HORS 41**

**L'APA E est versée directement à l'établissement**

L'attention du demandeur est appelée sur la nécessité de répondre le plus précisément possible à ce document et de joindre à l'appui des renseignements fournis, les pièces justificatives demandées afin de permettre l'instruction du dossier dans les délais impartis (voir page 5).

**Cette demande sera instruite uniquement si le dossier est complet et signé.**

**PERSONNE CONCERNÉE :**

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

Adresse e-mail : \_\_\_\_\_

COMMUNE de RÉSIDENCE : \_\_\_\_\_

**DISPOSITIONS LÉGISLATIVES**

Sans préjudice des paiements en restitution, quiconque aura frauduleusement bénéficié ou tenté de bénéficier de l'aide sociale, sera puni des peines prévues aux articles 313-1, 313-7 et 313-8 du code pénal (article L 133-6 du code de l'action sociale et des familles).  
L'attribution de cette allocation ne met pas en jeu d'obligation alimentaire des ascendants et descendants définie par les articles 205 et 211 du code civil.

**DISPOSITIONS RELATIVES A LA LOI DU 6 JANVIER 1978 MODIFIÉE EN 2004**

Les informations recueillies sont nécessaires pour l'instruction de votre demande. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées aux services de la direction générale adjointe des Solidarités. En application de la loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à :

**Monsieur le Président du Conseil départemental de Loir-et-Cher  
Direction Générale Adjointe Loir-et-Cher Solidaire  
Hôtel du Département  
Place de la République  
41020 BLOIS CEDEX**

# 1 - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE(S) DEMANDEUR(S)

	LE DEMANDEUR	LE CONJOINT, CONCUBIN OU PACSÉ
		S'il est aussi demandeur, cocher <input type="checkbox"/>
NOM (marital pour les femmes)	_____	_____
NOM de naissance	_____	_____
PRÉNOM	_____	_____
DATE ET LIEU DE NAISSANCE	_____	_____
N° de SECURITE SOCIALE	_____	_____
Relevez-vous d'un régime d'assurance maladie obligatoire d'un État membre de l'Union européenne ou partie à l'Espace économique européen, autre que la France, ou de la Confédération suisse ? Si oui, le préciser	_____	_____
NATIONALITÉ (française, ressortissant de l'Union Européenne, autre...)	_____	_____
SITUATION DE FAMILLE (marié, divorcé, veuf, concubin, célibataire, pacs ...)	_____	_____
RÉGIME DE RETRAITE PRINCIPAL (indiquer s'il s'agit de la CRAM, MSA, AVA, CNAV, ORGANIC)	_____	_____
AUTRES CAISSES COMPLEMENTAIRES	_____	_____

Le/la conjoint(e), concubin(e), personne ayant conclu un pacs, est-il/elle :  retraité(e)  en activité et vit-il(elle) en établissement pour personnes âgées  Oui  Non

## Lieu de résidence actuelle du demandeur (mentionné en page 1 de ce document)

Adresse numéro et rue : \_\_\_\_\_  
 Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_  
 Ville : \_\_\_\_\_

Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou unité de soins de longue durée (USLD) : \_\_\_\_\_

## Ancien lieu de résidence du demandeur (avant l'entrée en EHPAD ou USLD)

Adresse	Date d'arrivée	Date de départ

En cas d'adresse précédente en établissement, mentionner également la dernière adresse de domicile personnel

## Adresse du conjoint (si différente de celui de demandeur)

Adresse (numéro et rue) : \_\_\_\_\_  
 Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_  
 Ville : \_\_\_\_\_

## Mesures de protection du demandeur

Si le demandeur fait l'objet d'une mesure de :

- Sauvegarde de justice
- Curatelle simple
- Curatelle renforcée
- Tutelle
- Habilitation familiale
- Mandat de protection future activé

*Dans tous les cas, merci de joindre au dossier du demandeur la photocopie de la décision de justice relative à sa mise sous protection.*

Préciser le nom et l'adresse de la personne ou de l'association chargée de la mesure

Organisme : \_\_\_\_\_

Nom – Prénom du gestionnaire : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Adresse e-mail : \_\_\_\_\_

## 2 – AUTRES PRESTATIONS DE SOUTIEN À L'AUTONOMIE

### Renseignements à fournir en plus des documents de ressources

**(Attention : l'A.P.A. n'est pas cumulable avec ces allocations)**

Percevez-vous (ou votre conjoint) :

- |   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| - l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP)  | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| - la majoration tierce personne (MTP) au titre de votre régime de retraite (joindre justificatif) | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| - la prestation complémentaire pour recours à tierce personne (PCRTP)                             | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| - la prestation de compensation du handicap (PCH)   | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| - l'aide-ménagère versée par les caisses de retraite :  | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| - l'aide-ménagère au titre de l'aide sociale départementale                                       | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |

## 3 - DEMANDE SIMPLIFIÉE D'UNE CARTE MOBILITÉ INCLUSION (CMI)

Souhaitez-vous bénéficier d'une CMI ?  OUI  NON

## 4 – RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Nom et adresse du médecin traitant : \_\_\_\_\_

Souhaitez-vous que celui-ci soit consulté :  OUI  NON

## 5 – RESSOURCES ET PATRIMOINE DU DEMANDEUR ET DU CONJOINT (marié, pacsé ou concubin)

### Revenu déclaré

Joindre au dossier une copie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition sur le revenu du demandeur (toutes les pages) et de son conjoint (marié, pacsé, concubin)

### Biens immobiliers et mobilier

Résidence principale du demandeur

Adresse (numéro et rue) : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

Commune : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

Le demandeur est :

Propriétaire de sa résidence principale

Locataire de sa résidence principale

Si propriétaire, la résidence est :

Occupée par le demandeur et/ou son conjoint, et/ou ses enfants, petits-enfants

Louée à un tiers

Non louée (vide ou occupée à titre gracieux par un tiers autre que le conjoint et les enfants et petits-enfants du demandeur). *Dans ce cas, joindre au dossier une photocopie du dernier avis de taxe foncière de la résidence principale du demandeur.*

Autres biens immobiliers (maison, appartement, terrain, etc.) du demandeur et de son conjoint

*Si nécessaire, joindre une liste complémentaire sur papier libre*

Adresse 1 (numéro et rue) : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

Adresse 2 (numéro et rue) : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

Adresse 3 (numéro et rue) : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

*Pour chaque bien qui n'est pas mis en location, joindre une photocopie du dernier avis de taxe foncière.*

### Biens mobiliers et capitaux non placés de valeur du demandeur et de son conjoint

Si le demandeur et/ou son conjoint (marié, pacsé, concubin) possèdent des biens mobiliers et des capitaux non placés de valeur, les déclarer dans le tableau suivant en précisant leur montant ou leur valeur estimée

NATURE DU BIEN (ex. : œuvre d'art, voiture de luxe, etc.)	Montant / valeur estimée (en €)

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.

Si le tableau ne suffit pas, il est possible de joindre au dossier une liste complémentaire sur papier libre.

## Coordonnées de la personne de référence à contacter en cas d'urgence (enfant, parent, autre...)

Nom (en majuscules) \_\_\_\_\_  
Prénom \_\_\_\_\_  
Lien de parenté \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
N° de téléphone \_\_\_\_\_  
Adresse e-mail \_\_\_\_\_

Si vous souhaitez que cette personne soit destinataire de tout courrier concernant votre dossier, vous voudrez bien le signaler.

## 6 – SIGNATURE DU DEMANDEUR ET/OU DE SON REPRESENTANT LEGAL

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_, agissant :

- en mon nom propre  
 en ma qualité de représentant légal de \_\_\_\_\_,

après avoir joint les pièces précisées ci-dessus, **certifie sur l'honneur** exacts et complets les renseignements fournis dans le cadre de cette demande et m'engage à déclarer toutes évolutions de situations.

Je reconnais avoir été informé(e) que,

- Les membres de l'équipe médico-sociale peuvent être amenés à échanger, avec les professionnels chargés d'assurer mon accompagnement social et médico-social, les informations qui sont nécessaires à l'évaluation de ma situation individuelle et à l'élaboration de mon plan d'aide.
  - Le médecin de l'équipe médico-sociale du Conseil départemental peut être amené à partager des informations à caractère médical me concernant avec les professionnels de santé qui me suivent.
- J'autorise un tel partage qui peut se faire par le biais de notes écrites, contacts téléphoniques ou mail  
 Je refuse ce partage d'informations

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

de la personne concernée

Signature

de son représentant légal (tuteur)

### LISTE DES DOCUMENTS À FOURNIR OBLIGATOIREMENT

- ✓ copie du **livret de famille** régulièrement tenu à jour ou de la **carte nationale d'identité** ou un **extrait d'acte de naissance**,
- ✓ si vous êtes étranger, la photocopie de la **carte de résidence** ou du **titre de séjour**,
- ✓ photocopie du dernier avis d'imposition 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 et décembre de l'année n : f fournir l'avis d'imposition ou de non-imposition de l'année n-1
- ✓ Le cas échéant, toute pièce justificative des biens ou capitaux relevant du patrimoine dormant (photocopie du dernier relevé des taxes foncières sur les propriétés bâties ou non bâties)
- ✓ en cas d'existence d'une **mesure de protection juridique** (tutelle, curatelle, sauvegarde de justice...), **photocopie du jugement correspondant**.