



SEINE-MARITIME
- LE DÉPARTEMENT -

CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

N° DOSSIER

NOM

PRÉNOM

Date de fin de Droits

DATE DE DÉPÔT
(TAMPON DATEUR)

P1699/2

DEMANDE DE

REVISION

RENOUVELLEMENT

(Arrivée en fin de droits)

**D'ALLOCATION PERSONNALISÉE
D'AUTONOMIE À DOMICILE**

D'UNE PERSONNE AGÉE DE SOIXANTE ANS ET PLUS



**ETAT CIVIL DE LA PERSONNE POUR LAQUELLE L'ALLOCATION
PERSONNALISEE D'AUTONOMIE EST SOLLICITEE (LE DEMANDEUR)**

COMPOSITION DU FOYER

Nom	<input type="text"/>	
Nom de naissance	<input type="text"/>	
Prénoms	<input type="text"/>	
Date de naissance	<input type="text"/>	Lieu de naissance <input type="text"/>
Situation de la Famille :		
<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Concubinage <input type="checkbox"/> Séparé(e)		
<input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Personne ayant conclu un PACS (Pacte Civil de Solidarité)		
depuis le : / /		
Nationalité	<input type="text"/>	
N° de Sécurité Sociale	<input type="text"/>	<input type="text"/> clé
Êtes-vous en activité ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Êtes-vous retraité(e) ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Nom de l'organisme principal de retraite :		
<input type="checkbox"/> CARSAT <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> RSI <input type="checkbox"/> CNRACL <input type="checkbox"/> SNCF <input type="checkbox"/> Autres à préciser :		

Nom du conjoint, concubin ou membre du PACS	<input type="text"/>	
Nom de naissance	<input type="text"/>	
Prénoms	<input type="text"/>	
Date de naissance	<input type="text"/>	Lieu de naissance <input type="text"/>
N° de Sécurité Sociale	<input type="text"/>	<input type="text"/> clé
Est-il en activité ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Est-il retraité(e) ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON (Si oui, précisez le régime principal de retraite)	
<input type="checkbox"/> CARSAT <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> RSI <input type="checkbox"/> CNRACL <input type="checkbox"/> SNCF <input type="checkbox"/> Autres (à préciser) :		

ADRESSE ACTUELLE DU DEMANDEUR

N° : Bâtiment : Étage :

Rue :

Code postal : Commune :

Tél. domicile Tél. portable

Adresse mail :

Précisez s'il s'agit

Du domicile (si oui, précisez) Locataire Propriétaire

D'une résidence autonomie* (si oui, précisez le nom)

De l'accueil par un particulier à domicile à titre onéreux dans le cadre de la loi 2015-1776 du 28 décembre 2015 (si oui, précisez le nom et prénom de l'accueillant familial)

Autre établissement (si oui, précisez le nom)

Date d'arrivée à cette adresse / /

Adresse précédente (à compléter **impérativement** pour les personnes domiciliées en résidence autonomie*, en famille d'accueil ou autre établissement) :

Lieu de résidence du conjoint, concubin ou membre du PACS si différente

Autre(s) personne(s) vivant au domicile du demandeur (hors conjoint, concubin ou membre du pacs)

Nom et Prénom	Date de naissance	Lien	Profession / Activité

Le demandeur fait-il l'objet d'une mesure de protection juridique ?

OUI NON EN COURS

Si oui, de quel type ? Sauvegarde de justice Curatelle Tutelle Habilitation familiale

(Joindre le Jugement)

Nom et prénom du tuteur, curateur, personne habilitée
ou nom de l'organisme chargé de la mesure :

Adresse

* Nouvelle appellation des Logements Foyers issue de la loi du 28 décembre 2015 relative à l'Adaptation de la Société au Vieillessement

AUTRES RENSEIGNEMENTS

NOM du Médecin Traitant

Adresse

Tél.

PERSONNE À CONTACTER POUR SUIVRE LE DOSSIER ET ORGANISER LA VISITE AU DOMICILE :

Nom et prénom

Date de naissance

Tél. domicile

Tél. portable

Lien avec le demandeur

- Enfant Petit-enfant Frère ou sœur Ami
 Autres : à préciser

Adresse

Adresse mail :

PERSONNE / ORGANISME À L'ORIGINE DE LA DEMANDE

- Demandeur Famille Médecin Traitant CCAS CLIC
 Service Social Hôpital/Clinique Autres (à préciser)

MOTIFS DE LA DEMANDE : (Aggravation ou amélioration de l'état de santé, aidant bénévole moins disponible, etc)

HOSPITALISATION :

Avez-vous été hospitalisé(e) dans les trois derniers mois : OUI NON

Si OUI : Lieu et date d'hospitalisation et date de sortie prévue : *(joindre les bulletins de situation)*

Date d'entrée / /

Date de sortie prévue / /

Hospitalisation en cours OUI NON

Depuis l'attribution de votre APA, bénéficiez-vous ? *(joindre les justificatifs correspondants)*

- D'une Majoration Tierce Personne (MTP) (versée par la Sécurité Sociale, votre caisse de retraite...)
 D'une Prestation Complémentaire pour Recours à Tierce Personne (PC RTP)

L'ORGANISATION ACTUELLE AU DOMICILE

Aide à Domicile	Nombre d'heures réalisées par mois
<input type="checkbox"/> Prestataire	
<input type="checkbox"/> Mandataire	
<input type="checkbox"/> Emploi Direct	

Famille d'accueil agréée	Nombre de minimums garantis pour services rendus et sujétions particulières :
Autres intervenants à domicile	<input type="checkbox"/> Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) <input type="checkbox"/> Hospitalisation à Domicile (HAD) <input type="checkbox"/> Infirmière <input type="checkbox"/> Autres (à préciser) Coordonnées :

Autres dépenses régulières	Montant mensuel
Portage de repas à domicile	
Téléalarme ou télé assistance	
Matériel à usage unique	
Transport	
Autres (à préciser)	

Accueils Spécifiques	Nombre de journées par semaine
Hébergement temporaire	
Accueil de jour	

MODIFICATIONS DU PLAN D'AIDE SOUHAITEES

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE(S) PROCHE(S) AIDANT(S)* DU DEMANDEUR (FACULTATIF)

Nom et prénom de votre ou de vos aidants	Age	Lieu de résidence	Nature du lien avec vos aidants	Nature de l'aide apportée (accompagnement dans les actes de la vie quotidienne, déplacements, courses...)	Nombre d'heures approximatif dans le mois

* Famille, entourage amical ou voisinage qui vous apportent une aide dans la vie quotidienne

CARTE MOBILITE INCLUSION (CMI)

Bénéficiez-vous actuellement ?

- d'une carte de stationnement OUI NON
- d'une carte d'invalidité OUI NON
- d'une carte de priorité OUI NON

Si vous avez coché NON dans le cadre du dépôt de votre dossier APA, souhaitez-vous bénéficier de la CMI, prévue à l'article L.241 -3 du CASF ** comportant la mention :

- stationnement pour personnes handicapées OUI* NON
- invalidité OUI* NON
- priorité OUI* NON

*Si vous avez coché OUI et obtenez l'APA avec une perte d'autonomie de niveaux 1 ou 2 (les plus élevés sur la grille nationale de la perte d'autonomie), la CMI comportant les mentions invalidité et stationnement vous seront automatiquement attribuées à titre définitif.

Si vous avez coché OUI et obtenez l'APA avec une perte d'autonomie de niveau 3 ou 4, la CMI comportant la mention priorité et stationnement pourra vous être attribuée, suite à l'évaluation réalisée à votre domicile par un professionnel du Département. Si vous avez fait une demande de CMI avec mention Invalidité, les services de la MDPH étudieront votre demande.

Dans ce cas, vous autorisez, de manière implicite, les services du Département à transmettre votre demande à la MDPH*

*MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

** CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles

Les informations recueillies dans ce formulaire, avec votre consentement, font l'objet d'un traitement informatique mis en œuvre par le Département de la Seine-Maritime pour la gestion de votre demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie à domicile. Cette aide s'inscrit dans le cadre réglementaire suivant :

- Décret n° 2017-880 du 9 mai 2017 autorisant les traitements de données à caractère personnel destinés à la mise en œuvre de l'allocation personnalisée d'autonomie et de l'aide sociale à l'hébergement

Toutes les réponses sont obligatoires. Un défaut de réponse entraînera des retards ou une impossibilité dans l'instruction du dossier.

Les destinataires des informations collectées sont les services du Département habilités à instruire les dossiers et, le cas échéant, les administrations et organismes conventionnés par celui-ci au vu de leur mission spécifique.

Les informations sont conservées conformément à l'article 1 du décret sus-cité.

Conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de limitation, de portabilité aux informations qui vous concernent et de définir le sort de vos données après votre décès. Vous pouvez exercer ces droits par courrier à l'adresse suivante : Monsieur le délégué à la protection des données – Département de la Seine-Maritime – Quai Jean Moulin – CS 56101- 76101 – Rouen Cedex ou par courriel à dpo@seinemaritime.fr

Vous pouvez également introduire une réclamation auprès de la CNIL (3 place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris cedex - www.cnil.fr)

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES REVENUS ET LE PATRIMOINE

EN COMPLEMENT DES DOCUMENTS RELATIFS A VOS REVENUS A JOINDRE A VOTRE DEMANDE
(voir la liste des pièces justificatives à produire page 8)

• Revenus complémentaires :

Percevez-vous une rente viagère à titre onéreux ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Si oui, a-t-elle été constituée en vue de vous prémunir contre le risque de la perte d'autonomie ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
<i>Joindre le justificatif correspondant</i>		
Bénéficiez-vous d'une pension alimentaire ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Si oui, versée par :	<input type="checkbox"/> Descendant <input type="checkbox"/> Ex conjoint <input type="checkbox"/> Autre (à préciser) :	

• Patrimoine dormant du demandeur, du conjoint, concubin ou de la personne avec laquelle vous avez conclu un PACS : La résidence principale ne doit pas être déclarée si elle est occupée par le demandeur, son conjoint, concubin, pacsé, ses enfants et petits-enfants.

Possédez-vous des biens mobiliers ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON																													
<i>(objets d'art et de valeur, bateaux, chevaux de courses...)</i>																															
Si oui, précisez la valeur :	<input type="text"/>	€																													
Avez-vous souscrit un ou des contrats d'assurance-vie non déclaré sur l'avis d'imposition ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON																													
<i>Si OUI, joindre les justificatifs au 31 décembre de l'année écoulée</i>																															
Possédez-vous des biens immobiliers <u>non loués</u> ou <u>occupés à titre gratuit</u> ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON																													
<i>Si OUI, préciser la nature des biens et adresses dans le tableau ci-dessous</i>																															
<table border="1"><thead><tr><th rowspan="2">Nature des biens (ex : maison, terrains, appartement et terres agricoles...)</th><th colspan="2">Préciser le propriétaire</th><th rowspan="2">Valeur locative* en euros</th><th rowspan="2">Lien de parenté de l'occupant éventuel</th></tr><tr><th>Demandeur</th><th>Conjoint ou autres</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td></tr></tbody></table>	Nature des biens (ex : maison, terrains, appartement et terres agricoles...)	Préciser le propriétaire		Valeur locative* en euros	Lien de parenté de l'occupant éventuel	Demandeur	Conjoint ou autres		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Nature des biens (ex : maison, terrains, appartement et terres agricoles...)		Préciser le propriétaire				Valeur locative* en euros	Lien de parenté de l'occupant éventuel																								
	Demandeur	Conjoint ou autres																													
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													
<small>* Valeur locative indiquée dans le dernier relevé de la taxe foncière sur les propriétés bâties ou non bâties ou sur l'extrait de la matrice cadastrale disponible en Mairie</small>																															

Je soussigné(e), Monsieur, Madame,	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> agissant en mon nom propre	
<input type="checkbox"/> en ma qualité de représentant de Monsieur ou Madame	<input type="text"/>
déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur la présente demande.	
Fait à	le / /
Signature du demandeur ou de son représentant légal	<input type="text"/>
<small>La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations.</small>	

PIECES JUSTIFICATIVES A PRODUIRE POUR TOUTE DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE

- Photocopie **intégrale** du dernier avis d'imposition ou de non imposition à l'impôt sur le revenu du demandeur, du conjoint, du concubin ou de la personne ayant conclu un Pacte Civil de Solidarité (en cas de veuvage récent, joindre vos justificatifs mensuels ou trimestriels de vos pensions y compris des pensions de réversions qui vous sont allouées)
- Si vous êtes propriétaire : photocopie **intégrale** des derniers avis d'imposition relatifs à la taxe foncière sur les propriétés bâties et à la taxe sur les propriétés non bâties
- Toutes pièces justificatives des biens ou capitaux relevant du patrimoine dormant (relevé(s) annuel(s) d'assurance vie....) du demandeur, du conjoint, du concubin ou de la personne avec laquelle vous avez conclu un PACS
- Le cas échéant, copie du jugement de protection juridique
- Bulletin de situation en cas d'hospitalisation

Si votre médecin estime que la demande présente un caractère d'urgence, il est souhaitable qu'il prenne contact avec le service médical et paramédical de la direction de l'autonomie (tél. secrétariat 02 76 51 63 02 ou par mail : directiondelautonomie.sante76@seinemaritime.fr)

Demande à retourner à l'adresse suivante :

DEPARTEMENT DE LA SEINE-MARITIME

DIRECTION DE L'AUTONOMIE

Sous-Direction Autonomie à Domicile

Bâtiment F

Quai Jean Moulin

CS 56101 - 76101 ROUEN CEDEX

Tél : 02 35 03 55 55

Tous les documents sont téléchargeables et imprimables sur le site du Département de la Seine-Maritime www.seinemaritime.net (rubriques : Personnes âgées/bénéficiaire d'aides/l'allocation aux personnes âgées)