

DOCUMENTS A FOURNIR

(le dossier de demande d'APA ne pourra être déclaré complet que si les documents cités ci - dessous sont joints à la demande)

PAR TOUS LES DEMANDEURS :

- ☐ Photocopie de votre livret de famille et de votre carte nationale d'identité ou de votre passeport de communauté européenne ou de votre extrait de naissance
- ☐ OU s'il s'agit d'un demandeur de nationalité étrangère : la photocopie de votre carte de résidence ou de votre titre de séjour
- ☐ photocopie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition sur le revenu
- ☐ un relevé d'identité bancaire ou postal (original)
- ☐ photocopie de la carte d'assuré(e) social à jour des droits.
- ☐ la photocopie du dernier relevé de la taxe foncière sur les propriétés bâties et sur les propriétés non bâties ou attestation sur l'honneur.
- ☐ certificat médical dûment complété par le Médecin traitant (joint au présent dossier) à nous retourner sous pli fermé à l'aide de l'enveloppe ci-jointe.
- ☐ relevé de capitaux placés imposables ou non (pour les demandes à domicile uniquement)

LE CAS ECHEANT :

- ☐ tous documents attestant des moyens d'existence : fiches de paie, talons de pensions, relevés annuels des organismes payeurs, rentes, allocations, relevés annuels des organismes payeurs, revenus de capitaux mobiliers, immobiliers.
- ☐ jugement concernant la protection juridique.

EN COMPLEMENT POUR LES DEMANDEURS EN ETABLISSEMENT :

- ☐ attestation de présence précisant la date d'entrée
- ☐ photocopie de l'arrêté de tarification de l'établissement si l'établissement n'est pas en Haute Corse
- ☐ certificat médical établi par le Médecin de l'établissement.

DISPOSITIONS RELATIVES A LA LOI DU 6 JANVIER 1978

Les traitements relatifs à cette demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie sont informatisés. Ils sont donc soumis aux dispositions de la loi informatique et libertés du 06 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. les destinataires des informations collectées sont exclusivement les administrations et organismes habilités à connaître des dossiers de demande d'allocation personnalisée d'autonomie,
2. 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, en justifiant de votre identité, à :

Monsieur le Président du Conseil Départemental de la Haute Corse
Pôle Solidarité
Direction de l'Autonomie
Rond-Point du Maréchal Leclerc
20405 BASTIA CEDEX
Tél. : 04.95.55.55.55

DEPARTEMENT DE LA HAUTE - CORSE/ DIPARTIMENTU DI U CISMONTU

Pôle Solidarité/ Polu di Sulidarità



A. P.A

ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE

☐ DOMICILE

☐ ETABLISSEMENT

M ☐ Mme ☐ Mlle ☐

Nom de naissance :

Prénom(s) :

Nom usuel :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

Tél. :

(cadre réservé à l'administration)

Date de la demande :

Date d'arrivée :

Dossier déclaré complet le :

N° DE DOSSIER :

Ce dossier est à renvoyer dûment complété à :
DEPARTEMENT DE LA HAUTE CORSE
Pôle Solidarité
Direction de l'Autonomie
Rond-Point du Maréchal Leclerc
20405 BASTIA CEDEX
Tél. : 04.95.55.55.55 - Fax. : 04.95.55.06.10

	LE DEMANDEUR	LE CONJOINT OU LA PERSONNE VIVANT MARITALEMENT
Nom marital (pour les femmes)		
Prénom (s)		
date et lieu de naissance		
N° de Sécurité Sociale		
Nationalité		
Date arrivée en France		
Situation de famille		
Régime de retraite principal		
LES RESSOURCES ANNUELLES		
Pensions et retraites		
Allocations diverses		
Revenus du capital mobilier et immobilier		
Salaire ou bénéfice déclaré		
TOTAL ANNUEL		
SITUATION DU CONJOINT		

<u>ADRESSE ACTUELLE DU DEMANDEUR</u>	<u>RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES</u>
Précisez s'il s'agit : ☐ du domicile ☐ de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées ☐ de l'accueil par un particulier à domicile et à titre onéreux dans le cadre de la loi du 10 juillet 1989. <u>ADRESSE :</u>	Habitation : ☐ propriétaire ☐ locataire Nombre de pièces (hors cuisine et salle de bains) : Surface habitable : m²
<u>ADRESSES PRECEDENTES</u> (avec dates d'arrivée et dates départ) ne remplir que si l'intéressé est en établissement 	<u>AUTRES RENSEIGNEMENTS</u> - Mentionnez le cas échéant si vous faites l'objet d'une mesure de : ☐ sauvegarde de justice ☐ tutelle ☐ curatelle Nom et adresse du tuteur ou de l'association chargée de la gestion des biens :

BIENS IMMOBILIERS (adresse, valeur, superficie, références cadastrales)			
TOTAL		TOTAL	

Percevez- vous (ou votre conjoint) :

- Attention :** L'allocation personnalisée d'autonomie n'est cumulaire ni avec la prestation de compensation du handicap, ni avec l'allocation compensatrice pour tierce personne, ni avec la majoration pour aide constante d'une tierce personne, ni avec la prestation d'aide-ménagère à domicile.

LE TIERS REFERENT EST LA PERSONNE A LAQUELLE LE SERVICE POURRA S'ADRESSER EN CAS DE BESOIN DE RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

NOM :

Prénom :

Adresse :

N° téléphone : Domicile :

Travail :

Portable :

Lien de parenté éventuel avec le demandeur :

Je soussigné(e), agissant en mon nom propre ou en ma qualité de représentant decertifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus.

Signature du demandeur,

Signature du tiers référent,

Fait à le

Pôle Solidarité/ Polu di Sulidarità



CERTIFICAT MEDICAL

ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE

L'allocation personnalisée d'autonomie prévue par la loi N°2001.647 du 20 juillet 2001 a pour but d'améliorer la vie matérielle et sociale des personnes âgées ayant perdu tout ou partie de leur autonomie.

Cette prestation, dont l'objectif est d'aider la personne âgée à se procurer l'aide qui lui est nécessaire, est attribuée par le Président du Conseil Départemental sur proposition d'une Equipe médico-sociale qui arrête en accord avec les intéressés un plan d'aide.

Le Médecin traitant, qui connaît et suit son patient est associé, par l'intermédiaire de ce certificat, à la prise de décision.

Nous vous remercions pour votre collaboration.

Tout courrier doit être adressé impersonnellement à / Per scriveci, indirizzà tutte e lettere à :

M. le Président du Conseil Départemental (sous double enveloppe si confidentiel)

Hôtel du Département / Casa di u Dipartimentu
Rond-point du Maréchal Leclerc - 20405 Bastia cedex 9
Tél. : 04.95.55.07.38 Fax : 04.95.55.06.10

Etat Civil

n° d'immatriculation Sécurité Sociale :

NOM : NOM DE JEUNE FILLE :

PRENOM : DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE :

TAILLE :

POIDS :

DIAGNOSTIC PRINCIPAL MOTIVANT LA PRESENTE DEMANDE :

AUTRES PATHOLOGIES :

SOINS PARTICULIERS (nursing, couches,.....)

EVALUATION DE LA PERTE D'AUTONOMIE

CONFINE (E) :

au lit ☐ au fauteuil ☐ au domicile ☐

SORTIES :

seul (e) ☐ accompagné (e) ☐ ne sort pas ☐

NECESSITE D'UNE SURVEILLANCE :

1° - non ☐ occasionnelle ☐ constante ☐ diurne ☐ nocturne ☐

A : Fait seul totalement, habituellement, correctement.

B : Fait partiellement, non habituellement, non correctement.

C : Ne fait pas.

A, B ou C

COHERENCE : converser et/ou se comporter de façon logique et sensée	
ORIENTATION : se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux	
TOILETTE : concerne l'hygiène corporelle	
HABILLAGE : s'habiller, se déshabiller, se présenter + appareillage	
ALIMENTATION : manger les aliments préparés	
ELIMINATION : assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale	
TRANSFERTS : se lever, se coucher, s'asseoir	
DEPLACEMENT A L'INTERIEUR avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant	
DEPLACEMENT A L'EXTERIEUR à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport	
COMMUNICATION A DISTANCE : utiliser les moyens de communication : téléphone, sonnette, alarme	
VISION	
<u>DEFICIENCES SENSORIELLES :</u>	
AUDITION.....	

A le

Signature du Médecin (cachet) :



DOSSIER D'ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE (A.P.A)

NOM/PRENOM :

RELEVÉ DE CAPITAUX PLACÉS IMPOSABLES OU NON EN EUROS

PRODUITS	CAPITAL	INTERETS PERCUS OU CAPITALISES
Compte-chèques :		
Livret d'épargne : 1 ^{er} livret :		
2 ^{ème} livret :		
Livret d'Epargne Populaire (L.E.P)		
Livret de développement durable (ex C.O.D.E.V.I)		
Livret ou Compte Epargne Logement		
Bons d'épargne, de caisse ou de capitalisation	Apparaît dans l'avis d'impôt sur le revenu	
Epargne assurance-vie		
P.E.P		
Obligations - actions	Apparaît dans l'avis d'impôt sur le revenu	
S.I.C.A.V et fonds commun de placement	Apparaît dans l'avis d'impôt sur le revenu	
SCPI	Apparaît dans l'avis d'impôt sur le revenu	
Autres (préciser)		

Je soussigné(e) :

Nom :

Prénom :

Nom de jeune fille :

Né(e) le :

Adresse :

.....

Atteste que :

- Je n'ai pas d'autres capitaux placés*
- J'ai des capitaux placés dans d'autres établissements bancaires
(cf. autre(s) feuille(s) déclaratives(s) jointe(s))*

Le :

Signature :

Visa de l'établissement bancaire

L'établissement bancaire
atteste que M.....

n'a pas, à ce jour, dans notre établissement, d'autres formes d'épargne que celle indiquées ci-dessus.

A :

Le :

