



## DIRECTION DE L'AUTONOMIE

# Dossier de demande d'allocation personnalisée d'autonomie à domicile

CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

Dossier arrivé au Département le :

DOSSIER FAMILIAL N°

Vous, le demandeur :

Madame  Monsieur

votre nom en lettres capitales

---

votre prénom

---

demeurant à :  
votre commune de résidence

---

# À lire attentivement avant de remplir votre dossier

Vous sollicitez une Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) à domicile. Afin que votre demande puisse être instruite dans les meilleurs délais par le Département, veuillez prendre connaissance des précisions et conseils suivants.

**I. Le terme « demandeur » est la personne concernée par la perte d'autonomie.**

**II. Dans les cas de demande pour les deux membres du couple, remplissez deux dossiers.**

**III. Liste des pièces réglementaires à fournir**

Toute demande d'APA doit être accompagnée de la photocopie des documents suivants :

**1. Si vous êtes français, ressortissant européen ou assimilé**

Livret de famille ou carte nationale d'identité ou extrait de naissance ou passeport de l'U.E

**2. Si vous ne relevez pas de la catégorie 1**

Carte de résident (en cours de validité) ou titre de séjour (en cours de validité).

**3. Avis d'imposition ou de non-imposition**

Pour une demande déposée :

- entre janvier et août (2016, par exemple) : joindre l'avis d'imposition ou de non-imposition reçu en 2015 qui porte sur les revenus 2014 ;
- de septembre à décembre (2016, par exemple) : joindre l'avis d'imposition reçu en 2016 qui porte sur les revenus 2015.

**Attention !** Dans les cas de vie maritale (concubinage), fournir les avis des deux membres du foyer.

**4. Si vous êtes propriétaire d'un ou plusieurs biens immobiliers autres que votre résidence principale**

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 et sur les propriétés non bâties, relevé annuel d'assurance vie...).

**5. Relevé d'identité bancaire (RIB) ou postal (RIP) au nom du demandeur et / ou du tuteur le cas échéant.**

**6. Si vous faites l'objet d'une mesure de protection judiciaire (tutelle, curatelle, sauvegarde de justice), jugement.**

**IV. Conseils utiles pour faciliter l'ouverture éventuelle de vos droits à l'APA**

Pour pouvoir être instruite, votre demande doit être complète, c'est-à-dire :

- toutes les rubriques qui composent le dossier ci-joint doivent être remplies et complétées ;
- si vous n'êtes pas concerné(e) par certaines rubriques, mettez la mention « néant » dans chaque case ;
- n'oubliez pas de dater et signer votre demande.

Enfin, si vous rencontrez des difficultés lors de la constitution de votre demande, vous pouvez contacter le N° de téléphone suivant :

**ALLO SENIORS 06**

**N° Vert 0 800 74 06 06**

APPEL GRATUIT DEPUIS UN POSTE FIXE

Suivi en ligne sur :

<https://social.departement06.fr>

**Avant de nous transmettre votre dossier avez-vous vérifié :**

- Que toutes les zones ont été correctement remplies ?
- Que toutes les pièces justificatives ont été jointes ?
- Que vous avez daté et signé votre demande ?

**Tout dossier incomplet et / ou mal rempli ne pourra pas être instruit tant qu'il n'est pas complété, un courrier vous sera transmis avec les pièces manquantes.**

## A - ÉTAT CIVIL

	<b>VOUS</b> (personne concernée par la perte d'autonomie)	<b>VOTRE CONJOINT</b> ou <b>PERSONNE VIVANT</b> <b>MARITALEMENT</b> ou <b>PACS</b> (barrer les mentions inutiles)
<b>NOM</b> (ou nom marital pour les personnes mariées ou veuves)		
<b>NOM de naissance</b>		
<b>Prénom</b>		
<b>Date et lieu de naissance</b>		
<b>Nationalité</b>		
<b>Retraité ou en activité</b>		
<b>Situation familiale</b>	<input type="checkbox"/> marié <input type="checkbox"/> divorcé <input type="checkbox"/> veuf <input type="checkbox"/> concubin <input type="checkbox"/> PACS <input type="checkbox"/> célibataire	

## COUVERTURE SOCIALE

<b>Organisme de Sécurité Sociale</b>		
<b>N° de Sécurité Sociale</b>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

## RÉGIME DE RETRAITE

<b>Régime principal</b>	
<b>N° de pension</b>	

## B - PERSONNES À CHARGE

<b>NOM – Prénom</b>	<b>Qualité</b> (enfant, ascendant, autre)	<b>Adresse</b>

## C - MESURE DE PROTECTION

Faites-vous l'objet d'une mesure de protection  Non  Oui  
Si oui, laquelle ?  Sauvegarde de justice  Curatelle  Tutelle  
Nom et adresse du tuteur ou de l'association chargée de la mesure :

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

## D - ADRESSES

**Votre adresse actuelle** (préciser l'étage si immeuble) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Numéros de téléphone  
où il est possible de vous joindre

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

**La date d'arrivée à cette adresse :**

**Êtes-vous**  Propriétaire  Locataire  Usufruitier  Autre

**Le cas échéant, s'agit-il** (à ne remplir que si vous êtes concerné(e)):

d'un foyer-logement  d'une résidence-services pour 3<sup>e</sup> âge

du domicile d'un particulier accueillant à titre onéreux dans le cadre de la loi du 10 juillet 1989 relative à l'accueil familial

si oui, date de début d'accueil

Dans ces trois derniers cas, préciser votre précédente adresse :

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

## ADRESSE ACTUELLE DE VOTRE CONJOINT, SI DIFFÉRENTE DE LA VÔTRE

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

Numéro de téléphone

## ADRESSE DU DOMICILE HABITUEL, SI DIFFÉRENTE DU LIEU DE RÉSIDENCE ACTUEL

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

Numéro de téléphone



## E - PERSONNES À CONTACTER pour la visite d'évaluation à domicile ou en cas d'urgence

NOM - Prénom	QUALITÉ (enfant, parent, autre)	ADRESSE	Numéro de téléphone et adresse mail
			□□ □□ □□ □□ □□ @
			□□ □□ □□ □□ □□ @

### MÉDECIN

NOM	COMMUNE	Numéro de téléphone
		□□ □□ □□ □□ □□

Conformément à l'article R 232-7 du Code de l'action sociale et des familles, le médecin désigné pourra être contacté par l'équipe médico-sociale lors de l'instruction de votre dossier.

## F - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOS REVENUS ET VOTRE PATRIMOINE

### F1 - RESSOURCES NE FIGURANT PAS DANS L'AVIS D'IMPOSITION OU DE NON-IMPOSITION À L'IMPOT SUR LE REVENU

<b>Avez-vous des revenus soumis au prélèvement libératoire en application des articles 125-0 A et 125 du code général des impôts ?</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, montant à préciser	MONTANT
Pour vous	
Pour votre conjoint, concubin ou PACS	

### F2 - ALLOCATIONS ET AIDES : êtes-vous bénéficiaire de ?

La prestation compensatoire du handicap (PCH)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
La majoration pour aide constante d'une tierce personne (MTP)	<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
L'aide ménagère servie par votre caisse de retraite	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) dans un autre département	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

ATTENTION ! CES AIDES NE SONT PAS CUMULABLES AVEC L'APA DES ALPES-MARITIMES

### F3 - PATRIMOINE NON DECLARÉ SUR L'AVIS D'IMPOSITION

#### BIENS IMMOBILIERS (ne rien inscrire ci-dessous si vous n'êtes pas concerné)

(ne pas déclarer la résidence principale si celle-ci est occupée par le demandeur, son conjoint, son concubin ou PACS, ses enfants ou petits enfants)

**Nature et adresse** (préciser la nature de ceux-ci, leur adresse et la valeur locative indiquée dans le dernier relevé de la taxe foncière sur les propriétés bâties et non bâties)

Nature _____	Adresse _____	Valeur locative _____
Nature _____	Adresse _____	Valeur locative _____
Nature _____	Adresse _____	Valeur locative _____

#### BIENS MOBILIERS et CAPITAUX 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.)

Type _____	Valeur _____
Type _____	Valeur _____
Type _____	Valeur _____

## G - DEMANDE SIMPLIFIÉE DE CARTE MOBILITÉ INCLUSION

Le demandeur souhaite-t-il bénéficier de la carte mobilité inclusion « mention invalidité » ou « mention priorité » prévue à l'article L 241-3-1 du CASF : OUI  NON

Le demandeur souhaite-t-il bénéficier de la carte mobilité inclusion « mention stationnement pour personnes handicapées » prévue à l'article L 241-3-2 du CASF : OUI  NON

**Il appartient aux personnes relevant du Gir 4 de déposer directement leur demande auprès de la MDPH.**

## H - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PROCHES AIDANTS DU DEMANDEUR

Ce volet du dossier de demande vise à apporter des premières informations sur les personnes de votre famille ou de votre entourage amical ou de voisinage qui vous apportent une aide dans la vie quotidienne, qu'on dénommera "aidants" dans ce qui suit.

**Nom et prénom de votre ou de vos aidants :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Age de votre ou de vos aidants :** \_\_\_\_\_

**Lieu de résidence de votre ou de vos aidants :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Nature de votre lien avec votre ou vos aidants :** \_\_\_\_\_

**Nature de l'aide apportée :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Durée et périodicité approximatives de cette aide pour une journée,  
une semaine ou un mois (selon ce qui vous paraît le plus pertinent) :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## I - AUTORISATION DE TRANSMISSION

**J'autorise**       **je n'autorise pas**

L'équipe médico-sociale à transmettre les éléments relatifs à l'évaluation des besoins et aux aides préconisées lors de l'évaluation aux institutions et professionnels compétents pour l'attribution de financements de certaines aides (adaptation du logement, aides techniques...).

**J'autorise**       **je n'autorise pas**

L'équipe médico-sociale, si elle le juge opportun, à transmettre à la caisse de retraite dont je relève, le compte rendu de visite mentionnant le degré de perte d'autonomie et l'évaluation des besoins.

# DISPOSITIONS RÉGLEMENTAIRES

## « INFORMATIQUE ET LIBERTÉS »

Les informations recueillies vous concernant font l'objet d'un traitement informatique, auquel vous consentez, destiné à instruire votre demande d'allocation personnalisée d'autonomie à domicile et de contrôle le droit. Cette aide s'inscrit dans le cadre réglementaire suivant :

- Code de l'action sociale et des familles,
- Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement
- Règlement départemental d'aide et d'actions sociales
- Délibération prise le 18 décembre 2006 par l'assemblée départementale prévoyant la mise en œuvre des plans d'aide dans le cadre de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile et la participation à l'examen des situations individuelles avec les centres communaux d'action sociale (CCAS)
- Délibération n°21 de la commission permanente du 2 décembre 2016
- Décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel

Les données enregistrées sont celles des formulaires et n'ont pas pour finalité une prise de décision automatisée. L'ensemble des données est obligatoire, tout défaut de réponse entrainera l'impossibilité de traiter votre dossier.

Les informations enregistrées sont destinées aux services instructeurs du Département et ne peuvent être communiquées, en cas de besoin nécessaire à l'instruction de votre situation, qu'aux destinataires dûment habilités et intervenant strictement dans le cadre de votre dossier, à savoir, en fonction de leurs missions :

- Les centres communaux d'action sociale (CCAS)
- Les organismes de retraite
- Les centres locaux d'information et de coordination gérontologique (CLIC)
- Les maisons des solidarités départementales (MSD)

Les décisions sont notifiées à la personne ayant formulé la demande d'aide.

Les données enregistrées sont conservées conformément aux prescriptions des archives départementales

Conformément aux article 39 et suivants de la loi « informatique et libertés » du 06 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification aux informations qui vous concernent- Vous pouvez également définir le sort de vos données après votre décès , en vous adressant, par voie postale, au Correspondant Informatique et Libertés – Département des Alpes-Maritimes – B.P. n° 3007 06201 Nice Cedex 3. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant, sauf si ce droit a été écarté par une disposition législative. Cette procédure d'information à l'utilisateur a été labélisée par la CNIL.

## RÉCUPÉRATION

L'APA ne fait l'objet d'aucun recours en récupération sur succession, donation ou legs (article L 232.19 du code de l'action sociale et des familles).

## VÉRIFICATION DES DÉCLARATIONS

Pour vérifier les déclarations des intéressés et s'assurer de l'effectivité de l'aide qu'ils reçoivent, les services chargés de l'évaluation des droits à l'allocation personnalisée d'autonomie et du contrôle de son utilisation peuvent demander toutes les informations nécessaires aux administrations publiques, notamment aux administrations fiscales, aux collectivités territoriales, aux organismes de sécurité sociale et de retraite complémentaire qui sont tenus de les leur communiquer (L 232.16 du code de l'action sociale et des familles).

## FRAUDE ET FAUSSES DÉCLARATIONS

Toute fraude, fausse déclaration ou falsification de document, tentative de percevoir frauduleusement des prestations au titre de l'aide sociale, expose à des sanctions pénales et financières

prévues par les articles L 433.19, L 441.7, L 313.1, L 313.3, L 313.7 et L 313.8 du code pénal (article L 133.6 du code de l'action sociale et des familles).

La décision relative à votre demande d'allocation personnalisée d'autonomie pourra éventuellement être transmise à votre caisse de retraite afin de faciliter la prise en charge de votre maintien à domicile.

**Je soussigné(e), agissant en mon nom propre ou en qualité de représentant légal du demandeur, certifie avoir pris connaissance des dispositions réglementaires concernant l'APA, et certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements déclarés sur la présente demande.**

**Demande déposée le :**

**Signature du demandeur  
ou de son représentant légal :**

**DOSSIER À RENVoyer  
À L'ADRESSE SUIVANTE :**



**DÉPARTEMENT  
DES ALPES-MARITIMES | 06**

**DIRECTION DE L'AUTONOMIE  
SERVICE DES PRESTATIONS PA-PH  
SECTION APA  
B.P. 3007 - 06201 NICE CEDEX 3**

Où se renseigner et retirer votre **dossier** d'APA ?

**Dans les Maisons des solidarités départementales  
du Conseil départemental**

- **ANTIBES** • “Le Rond-Point” • B • 3, avenue du Grand Cavalier
- **CAGNES-SUR-MER** • 53, avenue du Val Fleuri
- **CANNES-EST** • 11, boulevard Oxford
- **CANNES-OUEST** • Palace Center • Bât. 1 • Z.I. Les Tourrades
- **LE CANNET** • “Les Dryades” • 53, boulevard de la République
- **GRASSE-NORD** • “L'Émeraude” • 54, chemin des Capucins • Bât. B
- **GRASSE-SUD** • “Grasse 2000” • 229, route de Cannes • Le Plan de Grasse
- **MENTON** • Maison du Département • 4, rue Victor Hugo
- **NICE-L'ARIANE** • “Le Petit Palais” • 1, square Constantin de Châteauneuf
- **NICE-CENTRE** • 37, avenue Maréchal Foch
- **NICE-CESSOLE** • 144, boulevard de Cessole
- **NICE-MAGNAN** • 173-175, rue de France
- **NICE-OUEST** • 27, boulevard Paul Montel • Bât. Ariane
- **“LYAUTEY”** • 21, avenue Maréchal Lyautey
- **NICE-PORT** • “Le Castel Richelmi” • 46, boulevard de Riquier
- **SAINT-ANDRÉ-DE-LA-ROCHE** • “L'Adriana” • 15, boulevard du 8 mai 1945
- **SAINT-LAURENT-DU-VAR** • 341, avenue Général Leclerc
- **VALLAURIS** • “Le Suffren” • 5, rue du Docteur Senes
- **LES VALLÉES** • Maison du Département • 368, avenue Porte des Alpes • RD 6202 • Plan-du-Var

**ALLO  
SENIORS 06**

**N° Vert 0 800 74 06 06**

APPEL GRATUIT DEPUIS UN POSTE FIXE

**[www.departemento6.fr](http://www.departemento6.fr)**



DÉPARTEMENT  
DES ALPES-MARITIMES