

**Formulaire à retourner complété, signé et accompagné des pièces justificatives énumérées en page 3, ainsi que ceux décrits sur la page 5**

**Demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie  
en EHPAD ou USLD**

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DEMANDEUR, CONJOINT OU CONCUBIN, OU LA PERSONNE AVEC LAQUELLE IL A CONCLU PACTE CIVIL DE SOLIDARITÉ**

	LE DEMANDEUR - concerné par la perte d'autonomie _*_*_*_ (dans le cas de demande pour un couple, remplir deux dossiers).	LE DEMANDEUR ou LE CONCUBIN ou LA PERSONNE AYANT CONCLU UN PACS
NOM d'usage		
NOM de naissance		
Prénom		
Date de naissance		
Lieu de naissance		
Nationalité		
Situation de famille		
Êtes-vous retraité(e)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Caisse de retraite principale		
N° d'assuré social		

**Adresse actuelle du demandeur :**

N° : ..... rue ou lieu-dit : .....  
 Cod postal : ..... Commune : .....  
 Téléphone : ..... Courriel : .....

**Date d'arrivée à cette adresse :** ..... **Adresse précédente** (à renseigner si le demandeur est en établissement, en famille d'accueil, en Résidence Autonomie, ou réside à l'adresse actuelle depuis moins de 3 mois) : .....

**Précisez s'il s'agit (1) :**

- du domicile habituel,
- d'un hébergement au sein de la famille,
- d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées :
  - EHPAD ou USLD (2)  Résidence Autonomie  Résidence service  Petite Unité de Vie
  - Autre (préciser) : .....
  - Nom de l'établissement : .....
  - Date d'entrée : .....
- du domicile d'un particulier accueillant à titre onéreux (Accueil familial agréé par le Conseil départemental)
  - Nom de l'accueillant : .....
  - Date de début d'accueil : .....

Adresse du conjoint (si différente de celle du demandeur) : .....

(1) cocher la case correspondante (2) S'il s'agit d'un EHPAD situé hors Indre-et-Loire, joindre l'arrêté départemental de tarification.

MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE :  OUI  NON

Si oui : Sauvegarde de justice  Tutelle  Curatelle  Habilitation familiale

Coordonnées du représentant légal ou de l'organisme chargé de la mesure :

Nom et Adresse :

.....

Courriel : .....

Numéro de Tél. (obligatoire) : .....

(joindre la photocopie du jugement)

**PERSONNE RÉFÉRENTE À CONTACTER (en cas d'urgence) :**

Nom/Prénom :

.....

Adresse : .....

Courriel : .....

Numéro de Tél. (obligatoire) : .....

Souhaitez-vous que cette personne soit votre référent courrier et le reçoive : oui  non

S'agit-il d'un membre de la famille ?  Oui  Non

Nature du lien : .....

Médecin traitant : Dr ..... Tél : .....

**B - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES REVENUS ET LE PATRIMOINE**

1/ Ressources ne figurant pas sur l'avis d'imposition ou de non-imposition à l'impôt sur le revenu	Cochez s'il s'agit du Patrimoine du		
	Montant	Demandeur	Conjoint, concubin ou pacs
Revenus soumis au prélèvement libératoire en application des articles 125-0 A et 125 D du code général des impôts		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**2/Allocations**

Percevez-vous les allocations ou les prestations suivantes :

**Attention : aucune de ces prestations n'est cumulable avec l'APA**

Majoration pour aide constante d'une tierce personne (MTP)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Montant : .....
Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Montant : .....
Prestation complémentaire pour recours à tierce personne (PCRTP)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Montant : .....
Aide-ménagère servie par votre caisse de retraite	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Montant : .....
Aide-ménagère servie par le Conseil départemental	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Montant : .....
Prestation de compensation du handicap (PCH)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Montant : .....

(1) cocher la case correspondante

3/ Patrimoine dormant			Cochez s'il s'agit du Patrimoine du	
Biens immobiliers	Adresse	Valeur locative*	Demandeur	Conjoint, concubin ou pacs
Propriétés bâties (hormis la résidence principale)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Propriétés non bâties			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Biens mobiliers et capitaux non placés dont Assurance Vie	Nature	Montant	Demandeur	Conjoint, concubin ou pacs
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* figurant sur le dernier relevé de taxe foncière - Joindre la photocopie de la taxe foncière.

### DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e), M./Mme .....agissant en mon propre nom / en ma qualité de représentant légal de M./Mme .....

Certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus qui sont fournis dans le cadre d'une demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie en établissement et m'engage à faciliter toute enquête pour les vérifier et à faire part de toute modification de ma situation et de celle de mon conjoint,

Fait à .....  
Le .....

Signature du demandeur  
ou de son représentant légal

Toute fausse déclaration ou falsification de document, toute obtention usurpée d'un droit, expose le signataire à des sanctions pénales et financières prévues par la loi (article 441-6 du Code pénal).

**C - DEMANDE SIMPLIFIEE D'UNE CARTE D'INVALIDITÉ ET D'UNE CARTE EUROPÉENNE DE STATIONNEMENT (CARTE MOBILITÉ INCLUSION)**

Si les conditions de dépendance sont réunies (GIR 1 et 2)

Souhaitez-vous bénéficier de la carte d'invalidité prévue à l'article L.241-3 du code de l'action sociale et des familles	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Souhaitez-vous bénéficier de la carte européenne de stationnement prévue à l'article 1.241-3-2 du code de l'action sociale et des familles	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

**DECLARATION PATRIMOINE DORMANT (Assurances vie)**

**Patrimoine dormant du demandeur, du conjoint, du concubin ou de la personne avec laquelle vous avez conclu un PACS\***

Pièce obligatoire pour toute demande d'APA (application du décret M2016-2010 du 26 février 2016 article 2) Cette déclaration permet de calculer les ressources retenues au titre de l'APA pour établir le montant de votre participation. Ce patrimoine vous appartient et n'est pas récupérable par le Conseil départemental au titre de l'APA.

**Je soussigné(e),** .....

**Né(e) le**

**Domicilié(e)**

**Déclare posséder les assurances vie suivantes :**

Demandeur		Conjoint, concubin ou partenaire du PACS	
Organisme	Valeurs	Organisme	Valeurs

- o Joindre pour chacune des assurances vie le dernier relevé annuel transmis par l'organisme et mentionnant le montant du capital acquis
- o Pour les couples, déclarer les assurances vie détenues par chacun des membres du couple.

Déclare ne pas posséder d'assurances vie

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus et je reconnais que des sanctions peuvent être encourues en cas de déclaration inexacte ou incomplète.

A ....., le .....Signature (Identification du signataire si différent du bénéficiaire):



## L'APA Etablissement : Constitution de la demande

	TYPE DE DEMANDE - Justificatifs à joindre au formulaire de demande						
	Première demande				Révision		Renouvellement
	Sans APAD avant		Suite APAD		Changement EHPAD	Changement de GIR	Département 37 Avec participation
	Département 37 avec participation	Hors 37	Département 37 avec participation	Hors 37			
Formulaire de demande	X	X					
Attestation de présence	X	X	X	X	X	X	X
Grille AGGIR	X	X	X	X	X	X	X
Justificatif état civil (CNI)	X	X					
Dernier Avis imposition sur le revenu	X	X	X	X			X
RIB EHPAD		X		X	X HORS 37		
Arrêté de tarification EHPAD		X		X	X HORS 37		

Documents fournis:	Code couleur
Par la famille ou représentant légal	
Par l'EHPAD	
Soit par la famille soit par l'EHPAD	

MAJ: Septembre 2024