

LISTE DES PIÈCES DEVANT ÊTRE JOINTES AU DOSSIER DE DEMANDE

Le dossier sera déclaré complet dès lors que toutes les pièces mentionnées ci-dessous seront fournies

- Photocopie du livret de famille ou de la carte nationale d'identité ou du passeport de la Communauté européenne ou extrait d'acte de naissance,
- Pour les personnes étrangères, copie de la carte de résidence ou titre de séjour,
- Pour les gens du voyage, attestation d'élection de domicile dans une Commune ou un Département,
- Copie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition à l'impôt sur le revenu du foyer,
- Si le demandeur est propriétaire, copie(s) des avis d'imposition relatifs à la taxe sur les propriétés bâties et à la taxe des propriétés non bâties,
- Un relevé d'identité bancaire ou postal au nom du demandeur.
Pour les personnes bénéficiant d'une mesure de protection, le paiement peut être fait au compte du bénéficiaire s'il est ouvert à son nom avec mention «sous tutelle de».

Pour une étude personnalisée de votre dossier et de vos droits, nous vous proposons de bien vouloir fournir les justificatifs suivants

- Copie du jugement de tutelle, curatelle ou sauvegarde (si le demandeur bénéficie d'une mesure de protection)
- Formulaires d'évaluation :
 - Si le demandeur est à domicile :
 - Le questionnaire familial
 - Le formulaire paramédical (non obligatoire)
 - Si le demandeur est en établissement :
 - La grille AGGIR réalisée par le personnel de l'établissement précisant le degré de perte d'autonomie,
 - La date d'entrée dans l'établissement
 - Arrêté de tarification de l'établissement s'il est situé hors Finistère

Nota : Le dossier de demande doit être **complet** avant son envoi et **signé** par le demandeur.



Allocation personnalisée d'autonomie

Dossier de demande

- 1^{ère} demande A domicile
 Renouvellement En établissement
 Révision En foyer-logement
 En famille d'accueil

Cadre réservé aux services départementaux
N° de DOSSIER

Date de dépôt | | | | | | | |

Date de relance | | | | | | | |

Date dossier complet | | | | | | | |

DEMANDEUR

M. Mme Melle

Nom

Nom de naissance

Prénom

Nationalité Date de naissance | | | | | | | |

N° de Sécurité sociale | | | | | | | | | | | | | | | |

Régime de retraite principal

N° d'affiliation à la caisse (obligatoire)

Situation de famille Célibataire Marié(e) Divorcé(e) Depuis le
 Veuf(ve) Vie maritale Séparé(e) Pacte civil de solidarité | | | | | | | |

Résidence Propriétaire Locataire Habite chez un enfant
 Habite chez un tiers Famille d'accueil Etablissement Foyer-logement

Adresse (préciser clairement le cas échéant le nom du tiers, de la famille d'accueil, de l'enfant ou de l'établissement)

Code postal : Localité :
 Depuis le | | | | | | | | N° de téléphone : | | | | | | | | | | | |

Adresse antérieure (si déménagement ou entrée dans un établissement dans les 3 derniers mois qui précèdent la demande)

du | | | | | | | | au | | | | | | | |
 Code postal : Localité :

Pour les personnes étrangères, date d'arrivée en France :

Le **demandeur** fait-il l'objet d'une **mesure de protection** ? OUI NON en cours

Si OUI, laquelle ? Tutelle Curatelle Sauvegarde de justice

Préciser le nom et adresse de la personne ou de l'organisme chargé de cette mesure :

**Fournir
une copie
du jugement**

N° de téléphone :

CONJOINT(E) OU CONCUBIN(E)

Nom :

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance : N° de Sécurité sociale :

Si le conjoint ou concubin est décédé, préciser la date du décès :

Régime de retraite principal :

Adresse :
(Si différente de celle du demandeur)
Code postal : Localité :

Autre(s) personne(s) Vivant sous le même toit que le demandeur (hors conjoint(e) ou concubin(e))

Nom et prénom	Date de naissance	Parenté	Profession ou activité

Enfants ne vivant plus au foyer

Nom et prénom	Date de naissance	N° de téléphone	Adresse complète

Nom, prénom, adresse (préciser le lien avec le demandeur)

**Personne
à contacter
en cas de besoin**

N° de téléphone :

Le **demandeur** dispose-t-il d'une demande, en cours d'instruction, de PCH ACTP MTP

Le **demandeur** bénéficie-t-il déjà d'une des prestations suivantes : PCH ACTP MTP

ALLOCATIONS	Montant mensuel en Euros perçu par le	
	bénéficiaire	conjoint(e) ou concubin(e)
Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) *	€	€
Prestation de compensation du handicap (PCH) *	€	€
Majoration tierce personne (MTP) *	€	€

Le demandeur bénéficie-t-il d'une prise en charge de service d'aide ménagère ? * OUI NON

Si OUI, financée par quel organisme ?

(Aide sociale, Caisse de retraite, Mutuelle, ...)

Nombre d'heures par mois :

Montant : €

* Ces aides ne peuvent se cumuler avec l'APA

BIENS IMMOBILIERS

Le demandeur est-il propriétaire ou copropriétaire de biens immobiliers ?

Résidence principale OUI NON

Est-elle occupée ? OUI NON par Conjoint Enfants

Petits-enfants Autres

Résidence secondaire OUI NON

Est-elle occupée ? OUI NON par Conjoint Enfants

Petits-enfants Autres

En cas de refus de cette demande d'APA, le demandeur autorise le Conseil départemental du Finistère à transmettre son dossier à sa caisse de retraite OUI NON

Nom et prénom :

**Coordonnées
du médecin
traitant**

Adresse :

N° de téléphone :

Je déclare sur l'honneur que les déclarations contenues dans cette demande sont exactes.

A

, le :

*Signature du demandeur
ou de son représentant légal*

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (article L 377-1 du Code de la sécurité sociale, article L 441-1 du Code pénal)

La loi N° 78-17 du 06 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de notre organisme.