

## DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE EN ÉTABLISSEMENT

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE FOYER DU DEMANDEUR

LE DEMANDEUR	CONJOINT - CONCUBIN - PACS
NOM (de naissance) .....	NOM (de naissance) .....
Nom marital .....	Nom marital .....
Prénoms .....	Prénoms .....
Date et lieu de naissance .....	Date et lieu de naissance .....
Nationalité <input type="checkbox"/> Française <input type="checkbox"/> Union européenne <input type="checkbox"/> Autre	N° sécurité sociale
Date d'arrivée en France .....	du conjoint <input type="text"/>
N° sécurité sociale <input type="text"/>	Est-il en activité <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Êtes-vous retraité <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Est-il retraité <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si oui, régime de retraite principal .....	Si oui, régime de retraite principal .....

### SITUATION DE FAMILLE

- marié(e)  divorcé(e)  veuf(ve)  
 concubin(e)  célibataire  pacte civil de solidarité

### ADRESSE ACTUELLE DU DEMANDEUR

- Précisez s'il s'agit :  du domicile  en location  comme propriétaire  
 d'un établissement d'hébergement, date d'entrée :        
 d'un accueil au domicile d'un particulier agréé, date de début d'accueil :        
 d'un hébergement chez M. .... lien de parenté .....

Adresse complète (N°, voie, appt,...) : .....

Téléphone domicile ..... Téléphone mobile .....

Adresse courriel ..... @.....

Êtes-vous hospitalisé ?  oui  non

Si oui, dans quel établissement de santé ? : .....

Depuis le : .....

Le conjoint-concubin - PACS vit-il au domicile ?  oui  non

Autre lieu de résidence, coordonnées : .....

Est-il hébergé en établissement ?  oui  non

Si oui, coordonnées .....

### ADRESSE PRÉCÉDENTE (DATE D'ARRIVÉE ET DATE DE DÉPART)

Adresse de votre ancien domicile (hors établissement médico-social) : .....

..... Du ..... au .....

## LES RESSOURCES ET LE PATRIMOINE DU DEMANDEUR

Si le demandeur est propriétaire de biens immobiliers (maison, appartement, terrain) qui ne sont pas mis en location,  
JOINDRE UNE PHOTOCOPIE DU DERNIER AVIS DE TAXE FONCIÈRE CORRESPONDANT À CHACUN DE CES BIENS

Statut :

Occupée par le demandeur et/ou son conjoint(e), ses enfants ou petits-enfants

Louée

### LISTE DES BIENS MOBILIERS

ADRESSE	EN LOCATION
..... .....	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
..... .....	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
..... .....	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Si le demandeur et/ou son conjoint (mariage, PACS, concubinage) possède des biens mobiliers et des capitaux non placés de valeur, les déclarer dans le tableau suivant en précisant leur montant ou leur valeur estimée. (Exemples : oeuvres d'art de collection, voitures de luxe...)

Joindre si nécessaire une liste complémentaire sur papier libre.

### LISTE DES BIENS MOBILIERS ET DES CAPITAUX NON PLACÉS

NATURE	MONTANT / VALEUR ESTIMÉE
.....	..... €
.....	..... €
.....	..... €

## À RENSEIGNER OBLIGATOIREMENT

### COORDONNÉES DU MÉDECIN TRAITANT

NOM ..... Prénom .....

Téléphone ..... Adresse courriel .....@.....

Adresse .....

### FAITES-VOUS L'OBJET D'UNE MESURE DE PROTECTION (joindre copie du jugement)

Sauvegarde de justice       Curatelle       Tutelle       Mesure d'Accompagnement Judiciaire

Habilitation familiale (article 494 du Code civil)

Nom et adresse du tuteur ou du service tutélaire .....

Téléphone fixe ..... Téléphone mobile .....

Adresse courriel .....@.....

## AIDES DONT VOUS BÉNÉFICIEZ ACTUELLEMENT

Aide ménagère au titre de l'aide sociale .....  oui  non

Allocation Compensatrice Tierce Personne (A.C.T.P.) .....  oui  non

Date de première attribution | | | | | | | | | |

dans quel département .....

Aide ménagère au titre d'une Caisse de retraite .....  oui  non

Si oui, préciser le nom de la Caisse de retraite .....

Prestation de Compensation du Handicap (P.C.H.) .....  oui  non

Date de première attribution | | | | | | | | | |

dans quel département .....

Majoration pour tierce personne .....  oui  non

Si oui, préciser le nom de la Caisse .....

Prestation complémentaire pour recours à tierce personne .....  oui  non

Si oui, préciser le nom de la Caisse .....

Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) .....  oui  non

Si oui, dans quel département .....

**Attention :** l'Allocation Personnalisée d'Autonomie n'est cumulable avec aucune de ces prestations.

## À RENSEIGNER OBLIGATOIREMENT

### COORDONNÉES DES PERSONNES RÉFÉRENTES

Personnes référentes à contacter **pour la visite à domicile ou en cas d'urgence :**

NOM ..... Prénom .....

Adresse .....

éléphone ..... Lien de parenté éventuel .....

Adresse courriel ..... @ .....

NOM ..... Prénom .....

Adresse .....

Téléphone ..... Lien de parenté éventuel .....

Adresse courriel ..... @ .....

NB : Vous devez nous communiquer toute modification soit par courrier ou par mail, voir contact en dernière page.

### DEMANDE SIMPLIFIÉE D'UNE CARTE MOBILITÉ INCLUSION (CMI)

Je sollicite la carte mobilité inclusion mention Invalidité ou Priorité

Je sollicite la carte mobilité inclusion mention Stationnement

Je sollicite le renouvellement de ma carte mobilité inclusion (mention Invalidité, Priorité ou Stationnement)

**Vous avez déjà une carte mobilité inclusion (mention Invalidité, Priorité ou Stationnement) en cours de validité, vous pouvez vous en servir jusqu'à sa date d'expiration et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2026.**

### PRÉCISIONS RELATIVES AU CLASSEMENT DANS UN GROUPE ISO-RESSOURCES (GIR)

- Si vous êtes bénéficiaire de l'APA au titre du **GIR 1 ou 2**, vous pourrez bénéficier sans autre condition et à **titre définitif** de la carte mobilité inclusion comportant les mentions **Invalidité ou Stationnement** pour personnes handicapées.
- Si vous êtes bénéficiaire de l'APA au titre du **GIR 3 ou 4**, des pièces complémentaires pourront le cas échéant vous être demandées en fonction de votre degré de dépendance.



Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ ,  
agissant en mon nom propre / en ma qualité de représentant légal de \_\_\_\_\_ ,

- certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus ;
- certifie avoir pris connaissance des conséquences de la demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie, décrites ci-après :
  - pour vérifier les déclarations des intéressés, le Conseil départemental chargé de l'évaluation des droits peut demander toutes pièces justificatives à l'intéressé(e), ainsi que 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 (article L 232-16 du Code de l'action sociale et des familles) ;
  - sans préjudice des actions en recouvrement des sommes indûment versées, le fait d'avoir frauduleusement perçu l'Allocation Personnalisée d'Autonomie est puni des peines prévues par les articles 313-1 à 313-3 du Code Pénal (article L 232-27 du Code de l'action sociale et des familles) ;
  - toutes les réponses aux différents questionnaires sont obligatoires. Un défaut de réponse entraîne des retards ou une impossibilité dans l'instruction du dossier.
- en cas d'octroi de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie en établissement, je prends acte que le Conseil départemental verse l'allocation personnalisée d'autonomie attribuée directement à l'établissement d'hébergement.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ Signature du demandeur  
ou du représentant légal

À adresser à

**Monsieur le Président du Conseil départemental de la Haute-Garonne**  
**DIRECTION SÉNIORS PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP**  
**ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE**

**1, boulevard de la Marquette**  
**31090 TOULOUSE cedex 9**

Contact :

**DSPH-PA@CD31.FR**