

###### Direction de l’Autonomie

Service prestations d’aide sociale adulte

# Formulaire de demande

**d’Allocation Personnalisée d’Autonomie (APA) en établissement pour une personne de 60 ans et plus**

## PIECES JUSTIFICATIVES À FOURNIR OBLIGATOIREMENT

* Imprimé de demande réglementaire dûment complété et **signé** (si imprimés sortis via Internet, envoyer 2 exemplaires du formulaire)
* Photocopie d’un justificatif d’identité (carte nationale d’identité ou livret de famille) **OU** pour les ressortissants hors union européenne, titre de séjour en cours de validité
* Relevé d’identité bancaire ou postal (le nom du demandeur doit y figurer)
* Photocopie recto-verso du dernier avis d’imposition ou de non-imposition à l’impôt sur le revenu du demandeur, de son conjoint ou de son concubin
* Photocopie intégrale du dernier avis de la taxe foncière pour chaque propriété bâtie ou non bâtie, Si le demandeur est propriétaire, usufruitier ou propriétaire indivis
* Attestation de classement en groupe « GIR » fournie par l’EHPAD + dernier arrêté de tarification si l’EHPAD est hors Essonne + RIB de l’EHPAD
* Pour les personnes sous tutelle ou curatelle, joindre une copie du jugement

###### ATTENTION : le dossier de demande d’APA sera déclaré complet à condition que celui-ci soit dûment complété, daté et signé et que les justificatifs ci-dessus soient joints à la demande

Monsieur le Président du Conseil départemental Direction générale adjointe des solidarités

DA/ Service des prestations de l’aide sociale Boulevard de France

Evry-Courcouronnes

91012 EVRY CEDEX

**DOSSIER COMPLET A RETOURNER**

**Renseignements obligatoires**

**Demandeur**

**Conjoint(e), ou la personne vivant maritalement**

Nom marital Nom marital

Nom de naissance Nom de naissance

Prénom(s) Prénom(s)

Né(e) le Né(e) le

| | |/| | |/| | | | |

| | |/| | |/| | | |\_

#### à à

| | |/| | |/| | | | |

Situation familiale depuis le :

* + Marié(e) **☐** Vie maritale **☐** Divorcé(e) **☐** Veuf(ve)
	+ Pacsé(e) **☐** Célibataire **☐** Séparé(e) N° de sécurité sociale N° de sécurité sociale

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Etes-vous retraité(e) ? **☐** Oui **☐** Non Etes-vous retraité(e) ? **☐** Oui **☐** Non

Si oui, caisse de retraite principale Si oui, caisse de retraite principale

**Représentant du demandeur**

Le demandeur est-il sous tutelle ou curatelle ?

* Oui
* Non
* Sauvegarde de justice (\*)

Nom du tuteur ou de l’organisme : ...........................................................................................................................

Adresse : ...................................................................................................................................................................

Numéros (obligatoire) Fixe : |\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_| Port. : |\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_| Courriel : ............................................................................@...................................................................................

**Personne à contacter pour le suivi du dossier**

Nom : ................................................................. Prénom : ...................................................................................

Adresse : .................................................................................................................................................................

Numéros (obligatoire) Fixe : |\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_| Port. : |\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_| Courriel : ............................................................................@................................................................................

S’agit-il d’un membre de la famille ? **☐** Oui **☐** Non (\*)

Lien de parenté : si descendant, date de naissance : | | |/| | |/| | | | |

**Domicile de résidence du demandeur** (Adresse de l’établissement) établissement)

Depuis le :

Nom établissement, N° et rue

Commune

N° de téléphone

**Indiquez obligatoirement l’adresse précédente, avec dates d’arrivée et de départ (domicile de secours)** :

......................................................................................................................................................................................

……………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Si l’adresse actuelle du conjoint ou de la personne vivant maritalement est différente de celle du demandeur, Merci de préciser celle-ci** : ........................................................................................................................................

......................................................................................................................................................................................

###### Renseigner les champs concernant votre situation

| | | | | |

| | |/| | |/| | |/| | |/| | |

Percevez- vous les allocations ou les prestations suivantes **non cumulables avec l’APA** : (si oui : indiquez le montant mensuel et joindre le justificatif)

* Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) **☐** Oui **☐** Non, montant €
* Majoration pour tierce personne (MTP) .................................. **☐** Oui **☐** Non, montant €
* Prestation de compensation du handicap (PCH) **☐** Oui **☐** Non, montant €
* Aide-ménagère prise en charge par les caisses de retraite **☐** Oui **☐** Non, montant €
* Aide-ménagère au titre de l’aide sociale du Département **☐** Oui **☐** Non, montant €

En cas d’admission à l’allocation personnalisée à l’autonomie, j’autorise le Conseil départemental à verser cette allocation au service prestataire ou à l’établissement ? **☐** Oui **☐** Non

Je soussigné(e) certifie l’exactitude des renseignements fournis,

| | |/| | |/| | | | |

Date :

###### Signature de l’intéressé(e) ou de son représentant :

*Partie du dossier facultative*

**Demande de carte d’invalidité et de carte de stationnement Pour les bénéficiaires de l’allocation personnalisée d’autonomie**

**Classés en GIR 1 et 2**

Votre (vos) demande(s) concerne(nt) :

###### Carte d’invalidité : ☐ Carte de stationnement :

* + - 1er demande **☐** 1er demande
		- Renouvellement **☐** Renouvellement
		- En cours **☐** En cours

**Si votre degré de dépendance est évalué en GIR 1 ou 2**, le Département de l’Essonne transmettra votre demande à la Maison Départementale des Personnes Handicapées de l’Essonne (MDPHE) qui vous attribuera de droit ces cartes.

**Si votre degré de dépendance est évalué en GIR 3, 4, 5 ou 6**, cette demande ne sera pas transmise à la MDPHE. Il conviendra de vous adresser directement à la MDPHE pour solliciter l’étude votre demande.

Pour cela, vous devrez déposer un dossier complet à retirer à l’accueil de la MDPHE (93 rue Henri Rochefort – 91 000 EVRY) ou sur le site internet [www.essonne.fr](http://www.essonne.fr/) .

**Traitement informatique des dossiers d’aide sociale**

Le traitement des informations recueillies sur ce formulaire est nécessaire à l’accompagnement et au suivi social des personnes âgées en perte d’autonomie, en établissement. Les personnes accédant à ces données sont les agents habilités au sein du département ainsi que les professionnels qui participent à la prise en charge du parcours de la personne âgée ou qui accompagnent la personne âgée (professionnels de santé, professionnels œuvrant dans le champ du social et du médico-social). Le département, gestionnaire de l’aide demandée peut également être amené à échanger des informations relatives à votre situation avec d’autres organismes, notamment l’administration fiscale, les organismes de sécurité sociale versant des prestations analogues, les collectivités territoriales et les organismes de recouvrement des cotisations sociales. Les données sont conservées pour une durée maximale de six ans, à compter de la cessation des droits. Conformément au droit à la protection des données, vous disposez de droits sur vos données personnelles (droit d’accès, de rectification, d’opposition et à la limitation) que vous pouvez exercer en contactant le service Prestations d’aide sociale (contact mail : prestations.autonomie@cd-essonne.fr) ou le délégué à la protection des données (contact mail : dpo@cd-essonne.fr).

Si vous estimez que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL : Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) – 3, Place de Fontenoy TSA – 80715 – 75334 PARIS CEDEX07

**Le GIR (Groupe Iso Ressources) détermine le degré de dépendance**

En fonction de son degré de dépendance, la personne âgée est rattachée à un groupe iso-ressources (GIR).

Il en existe 6, seuls les GIR 1 à 4 ouvrent droit à l’APA.

**GIR 1** s’applique aux personnes extrêmement dépendantes qui ont perdu toute autonomie physique et mentale et pour lesquelles la présence permanente d’intervenant est nécessaire.

**GIR 2** s’applique aux personnes très fortement dépendantes qui ne peuvent plus se déplacer mais dont les facultés mentales ne sont pas totalement altérées et à celles qui, à l’inverse, ont conservé leurs capacités motrices mais ont perdu leur autonomie mentale

**GIR 3** s’applique aux personnes fortement dépendantes qui nécessitent des aides quotidiennes importantes pour préserver leur autonomie.

**GIR 4** s’applique aux personnes sans problèmes moteurs mais qui ont besoin d’une aide pour se lever, s’habiller ou s’alimenter.

**GIR 5** s’applique aux personnes faiblement dépendantes qui n’ont besoin que d’une aide ponctuelle.

**GIR 6** s’applique aux personnes non dépendantes qui sont totalement autonomes pour les actes de la vie courante