

**MISSION AUTONOMIE**

# DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE

EN ÉTABLISSEMENT  (1)

A DOMICILE  (1)

*Veillez vous reporter à la notice explicative avant de compléter ce dossier*

**NOM** : .....

**PRÉNOM** : .....

**DATE DE NAISSANCE** : |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|

## COORDONNEES ACTUELLES DU DEMANDEUR :

N° et voie : .....

Commune : .....Code Postal : .....Tél : .....

Téléphone portable : .....Courriel : .....

### Précisez s'il s'agit :

(1) du domicile du demandeur

(1) de l'accueil par un particulier agréé au titre de la loi du 10 juillet 1989 relative à l'accueil à domicile à titre onéreux

Nom de la famille d'accueil agréée : .....

Date d'accueil : |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|

(1) d'un établissement (2)

Nom de l'établissement : .....

Adresse : .....

Date d'entrée : |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|

S'agit-il d'une admission : en maison de retraite :  oui -  - non

en unité de soins de longue durée :  oui -  - non

(1) autres (3) .....

## ADRESSE PRECEDENTE (4) :

N° et voie : .....

Commune : .....Code Postal : .....

|   | LE DEMANDEUR   | LE CONJOINT (5)  |
|---|--|--|
| NOM<br>NOM de jeune fille   | .....<br>.....   | .....<br>.....   |
| Prénom  | .....  | .....  |
| Date de naissance<br>Lieu de naissance  | __ _ / __ _ / __ _ __ _ <br>.....                                      | __ _ / __ _ / __ _ __ _ <br>.....                                      |
| Nationalité (6)   | .....  | .....  |
| Situation de famille (7)  | .....  | .....  |
| N° Sécurité Sociale<br>Caisse d'affiliation (CPAM,<br>MSA, Prévoyance artisanale...)                            | __ _ __ _ __ _ __ _ / __ _ <br>.....                                   | __ _ __ _ __ _ __ _ / __ _ <br>.....                                   |
| Êtes-vous retraité(e) ?<br><b>Précisez le régime de<br/>retraite principal</b> (CARSAT,<br>MSA, CDC, autre ...) | <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> - non<br>..... | <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> - non<br>..... |

|   |  |
|---|--|
| Faites-vous l'objet d'une mesure (1) :<br><input type="checkbox"/> de tutelle<br><input type="checkbox"/> de curatelle<br><input type="checkbox"/> de curatelle renforcée<br><input type="checkbox"/> de sauvegarde de justice<br><input type="checkbox"/> d'habilitation familiale | <input type="checkbox"/> .....<br><input type="checkbox"/> .....<br><input type="checkbox"/> .....<br><input type="checkbox"/> .....<br><input type="checkbox"/> ..... |
| Si oui, précisez l'identité et les coordonnées du   |  |
| Adresse du conjoint (9)   | .....<br>.....   |

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE ENTOURAGE

Nom et adresse de la personne référente (10) : .....  
.....  
.....Téléphone : .....

| PROCHES AIDANTS DU DEMANDEUR (11)  |  |
|--|--|
| Renseignements concernant l'aidant ou les aidants  | Nature, durée et périodicité de l'aide apportée (12) |
| Nom et prénom : .....<br>Age : ..... Lieu de résidence : .....<br>Tél : ..... Mail : .....<br>Nature du lien avec le demandeur : ..... | .....<br>.....<br>.....                              |
| Nom et prénom : .....<br>Age : ..... Lieu de résidence : .....<br>Tél : ..... Mail : .....<br>Nature du lien avec le demandeur : ..... | .....<br>.....<br>.....                              |
| Nom et prénom : .....<br>Age : ..... Lieu de résidence : .....<br>Tél : ..... Mail : .....<br>Nature du lien avec le demandeur : ..... | .....<br>.....<br>.....                              |

### **DEMANDE DE LA CARTE MOBILITE INCLUSION INVALIDITE ET STATIONNEMENT**

Si l'évaluation médico-sociale détermine votre niveau de dépendance **en GIR 1 ou GIR 2 (13)**, souhaitez-vous bénéficier **de la carte mobilité invalidité et stationnement** (prévues aux articles L.241-3 et L. 241-3-2 du Code de l'Action sociale et des familles) ?

oui

non

| <b>ALLOCATIONS ET PENSIONS PERCUES (montants mensuels) (1)</b>   | <b>DEMANDEUR</b>         |
|--|--------------------------|
| ✓ une allocation compensatrice pour tierce personne  | <input type="checkbox"/> |
| ✓ une aide-ménagère au titre de l'aide sociale départementale  | <input type="checkbox"/> |
| ✓ une aide-ménagère versée par les caisses de retraite (CARSAT, MSA, autre ...)  | <input type="checkbox"/> |
| Si oui, précisez le nombre d'heures ainsi que l'organisme payeur   | .....                    |
| ✓ une majoration pour aide constante d'une tierce personne ou une prestation complémentaire pour recours à tierce personne, versées par un organisme de sécurité sociale | <input type="checkbox"/> |
| ✓ une prestation de compensation du handicap   | <input type="checkbox"/> |

**Attention** : Aucune de ces prestations n'est cumulable avec l'allocation personnalisée d'autonomie.

### **RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX REVENUS ET AU PATRIMOINE DU DEMANDEUR (14)**

◆ Les revenus déclarés figurant sur le dernier avis d'imposition :

Demandeur : .....€ Conjoint (5) : .....€

◆ Montants de l'Épargne et des Biens mobiliers :

Demandeur : .....€ Conjoint (5) : .....€

◆ Ressources ne figurant pas dans l'avis d'imposition ou de non-imposition à l'impôt sur le revenu : revenus soumis au prélèvement libératoire en application des articles 125-0 A et 125 D du Code général des impôts. (15)

Demandeur : .....€ Conjoint (5) : .....€

◆ Patrimoine **non exploité (16)** :

| PROPRIÉTÉS   |                         |                      |
|--|-------------------------|----------------------|
| Nature (17)  | Adresse                 | Valeur locative (18) |
| .....<br><input type="checkbox"/> batie - <input type="checkbox"/> - non batie | .....<br>.....<br>..... | ..... €              |
| .....<br><input type="checkbox"/> batie - <input type="checkbox"/> - non batie | .....<br>.....<br>..... | ..... €              |
| .....<br><input type="checkbox"/> batie - <input type="checkbox"/> - non batie | .....<br>.....<br>..... | ..... €              |

\*

**Dispositions Règlementaires : Informatique et libertés**

La Mission Autonomie du Département du Bas-Rhin, sise au 6b, rue du Verdon – 67100 STRASBOURG, recueille vos données personnelles, avec votre consentement, dans l'objectif d'instruire votre demande d'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

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.

Le Conseil départemental du Bas-Rhin est le responsable du traitement de vos données personnelles. Le traitement est nécessaire au respect d'une obligation légale à laquelle le responsable du traitement est soumis (Article 6-1 C du RGPD). Les données enregistrées sont conservées conformément aux prescriptions des archives départementales et à l'article Art. R. 232-46 du code de l'action sociale et des familles.

Les informations recueillies vous concernant font l'objet d'un traitement informatique, auquel vous consentez. Ces données pourront être réutilisées afin de créer des statistiques.

Conformément aux articles 39 et suivants de la loi « informatique et libertés » du 06 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification aux informations qui vous concernent.

Il vous est également possible de vous opposer au traitement de données vous concernant et de demander la limitation du traitement, sauf si ce droit a été écarté par une disposition législative.

Depuis l'entrée en vigueur du Règlement Européen sur la Protection des données (RÈGLEMENT (UE) 2016/679) le 25 mai 2018, tout usager a le droit de s'opposer au profilage, de demander la limitation du traitement et d'introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle.

Pour exercer vos droits adressez-vous directement au Délégué à la protection des données :

- Par courrier :

Département du Bas-Rhin  
Délégué à la protection des données  
Place du Quartier Blanc  
67 000 Strasbourg

- Grâce au formulaire de contact destiné au Délégué à la protection des données que vous pouvez trouver sur le site du Bas-Rhin.

En cas de conflit, vous disposez du droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL.

Je soussigné(e), ..... agissant en mon nom propre  
ou en ma qualité de représentant de (19) .....

certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus.

J'autorise l'équipe médicosociale à contacter directement, en cas de besoin, mon médecin traitant.  
J'autorise la transmission de mon dossier aux caisses de retraite si nécessaire.

Fait à .....le ..... Signature :

**DEMANDE A RETOURNER, DÛMENT COMPLÉTÉE ET SIGNÉE, A :**

Monsieur le Président du Conseil Départemental

Maison de l'Autonomie

6b, rue du Verdon - 67 100 STRASBOURG