



DEMANDE d'Allocation Personnalisée d'Autonomie

NOM : _____

PRENOM : _____

APA Domicile

APA Etablissement

AMELIORER VOTRE QUOTIDIEN

ACCOMPAGNER LA PERTE D'AUTONOMIE

Près du tiers de la population tarnaise est âgé de plus de 60 ans et 12 % sont âgés de plus de 75 ans. L'allongement de l'espérance de vie permet de penser que ces derniers seront plus de 50 000 à l'horizon 2020.

Ce vieillissement s'accompagnera d'une progression des situations de dépendance.

Les actes de la vie quotidienne sont, pour certaines personnes âgées, presque impossibles à réaliser. **L'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)**, instaurée par la loi du 20 juillet 2001 et renforcée par la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement est conçue pour faire face à cette perte d'autonomie et ne fait pas l'objet de recours sur succession.

A domicile comme en établissement, selon votre degré d'autonomie et vos ressources, l'APA qui peut vous être accordée n'est pas un complément de revenus, mais bien une allocation qui vous permet de financer des aides facilitant votre vie de tous les jours.

Vous accompagner dans un projet de vie, mieux répondre à vos besoins et aux attentes des familles, prendre en compte la particularité des situations, favoriser la liberté de choix de chacun dans un esprit de solidarité, tels sont les objectifs prioritaires du Département du Tarn.

Thierry CARCENAC

Président du Département du Tarn
Sénateur du Tarn

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION

N° DE DOSSIER	
POLE	

- Première demande
- Révision fin de droits
- Nouvelle demande
- Révision

PERSONNE DE CONFIANCE

(Personne que vous avez désignée et pouvant être jointe pour toute demande de renseignements complémentaires)

Nom : _____

Prénom : _____

Lien de parenté : _____

Adresse : _____

☎ : _____

Courriel, si vous désirez qu'elle soit contactée par ce moyen _____

Souhaitez-vous que cette personne soit présente pour la visite d'évaluation à domicile ?

oui non

C – MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE

Faites-vous l'objet d'une mesure de protection juridique : non oui

Si oui, laquelle ? Mesure d'Accompagnement Social Personnalisé (MASP)
 Mesure d'Accompagnement Judiciaire (MAJ)
 Sauvegarde de justice
 Curatelle
 Tutelle

Joindre une copie de la décision de mise sous Protection Juridique

D – PATRIMOINE DU FOYER NON DECLARE SUR L'AVIS D'IMPOSITION OU DE NON-IMPOSITION

BIENS IMMOBILIERS <small>(à l'exception de la résidence principale lorsqu'elle est occupée par le demandeur, son conjoint, son concubin ou PACS, ses enfants ou petits-enfants)</small>	CAPITAUX MOBILIERS	
Nature et adresse	Revenus soumis au prélèvement libératoire <small>(bons du trésor, plus-values immobilières...)</small>	ASSURANCES VIE
	Demandeur	Demandeur
	Montant :	Montant :
	Conjoint, concubin, pacs	Conjoint, concubin, pacs
	Montant :	Montant :
	Total :	Total :

*** ATTENTION ! Compléter toutes les rubriques et joindre, le cas échéant, toutes les pièces justificatives ou porter la mention « NEANT » s'il y a lieu.**

E – DEMANDE SIMPLIFIEE D'UNE CARTE D'INVALIDITE ET D'UNE CARTE DE STATIONNEMENT

Souhaitez-vous bénéficier de la carte d'invalidité ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Souhaitez-vous bénéficier de la carte de stationnement ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

F – ALLOCATIONS ET AIDES : êtes-vous bénéficiaire de ?

La Majoration pour aide constante d'une Tierce Personne versée par la sécurité sociale ou une caisse de retraite (MTP)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Montant mensuel :
La Prestation Complémentaire pour Recours à Tierce Personne (PC RTP)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Montant mensuel :
L'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne versée par la sécurité sociale ou une caisse de retraite (ACTP)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Montant mensuel :
L'Allocation Personnalisée d'Autonomie octroyée par un autre département que le Tam	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Montant mensuel :
La Prestation de Compensation du Handicap (PCH)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Montant mensuel :
L'aide-ménagère versée par votre caisse de retraite	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Nombre d'heures mensuelles :
L'aide-ménagère au titre de l'aide sociale départementale	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Nombre d'heures mensuelles :

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

G – Renseignements concernant les proches aidants du demandeur (facultatif)

Ce volet du dossier vise à apporter des premières informations sur les personnes de votre famille ou de votre entourage amical ou de voisinage qui vous apportent une aide dans la vie quotidienne, qu'on dénommera « aidants ».

Nom et prénom de votre ou de vos aidants	
Age de votre ou de vos aidants	
Lieu de résidence de votre ou de vos aidants	
Nature de votre lien avec votre ou vos aidants	
Nature de l'aide apportée (ex : courses, accompagnement)	
Durée et périodicité de cette aide pour une journée, une semaine ou un mois	

DISPOSITIONS REGLEMENTAIRES

« INFORMATIQUE ET LIBERTES »

Les traitements relatifs à cette demande sont informatisés. Ils sont donc soumis aux dispositions de la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 qui protège les droits et libertés individuels. Conformément à son article 27, les personnes auprès desquelles sont recueillies des informations nominatives, sont informées que :

- toutes les réponses aux différents questionnaires sont obligatoires. Un défaut de réponse entraînera des retards ou une impossibilité dans l'instruction du dossier.
- les destinataires des informations collectées sont exclusivement les administrations et organismes habilités à prendre connaissance des dossiers d'aide à domicile.
- en tout état de cause, les personnes concernées ont un droit d'accès et de rectification des informations nominatives stockées ou traitées informatiquement.

Pour l'exercice de ce droit, il convient de vous adresser selon la prestation dont vous bénéficiez, en justifiant de votre identité, à Monsieur le Président du Département du TARN.

RECUPERATION

Aux termes de l'article L 232.19 du Code l'Action Sociale et des Familles, l'Allocation Personnalisée d'Autonomie ne fait l'objet d'aucun recours en récupération sur succession, donation ou legs, **hors récupérations d'indus ou recours contre l'assisté revenu à meilleure fortune.**

L'utilisation des sommes versées au titre de l'APA sera périodiquement contrôlée par les services du Département du Tarn, et des recouvrements pourront être effectués sur le montant d'APA qui n'aurait pas été utilisé conformément au plan d'aide préconisé par l'équipe médico-sociale.

VERIFICATION DES DECLARATIONS

Pour vérifier les déclarations des intéressés et s'assurer de l'effectivité de l'aide qu'ils reçoivent, les services chargés de l'évaluation des droits à l'allocation personnalisée d'autonomie et du contrôle de son utilisation peuvent demander 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 (L 232.16 du code de l'action sociale et des familles).

FRAUDE ET FAUSSES DECLARATIONS

Toute fraude, fausse déclaration ou falsification de document, tentative de percevoir frauduleusement des prestations, une allocation, un paiement ou un avantage indu, s'expose aux peines prévues à l'article L441-6 du code pénal.

Je soussigné(e), agissant en mon nom propre ou en qualité de représentant légal du demandeur (**ayer la mention inutile**), certifie avoir pris connaissance des dispositions réglementaires concernant l'APA, et certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements déclarés sur la présente demande, notamment ceux relatifs aux biens immobiliers, mobiliers et capitaux.

J'autorise le Président du Département du Tarn à solliciter auprès des administrations compétentes toute évaluation de mon patrimoine, notamment cadastral.

J'autorise le Département à transmettre mon dossier aux caisses de retraite, en cas de rejet de l'allocation personnalisée d'autonomie

D'autre part, je m'engage à signaler immédiatement au Département du Tarn tout changement dans ma situation.

A _____ le _____
Nom _____ Prénom _____

Signature