

Notice pour le formulaire de demande d'Allocation Départementale Personnalisée d'Autonomie (ADPA)

Cette notice vous aide à compléter le formulaire de demande d'ADPA.

Il est important de remplir complètement le formulaire, de le signer et de joindre toutes les pièces justificatives demandées.

Si il manque des informations, votre signature ou des pièces justificatives, il sera déclaré incomplet et ne pourra pas être instruit.

L'Allocation Départementale Personnalisée d'Autonomie ne donne pas lieu à l'obligation alimentaire et n'est pas récupérable sur la succession du bénéficiaire, ni sur le légataire ou sur le donataire.

seine-saint-denis
LE DÉPARTEMENT

Direction de la Population Aged et des Personnes Handicapées
Service de la Population Aged
Immeuble VÉRON
8-22 rue du Chemin vert
93006 BOBIGNY Cedex
Tél : 8 800 863 868

N° de dossier :

Reçu le :

Code de service aux adultes et handicapés

DEMANDE D'ALLOCATION DÉPARTEMENTALE PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE

à Domicile **1** en Etablissement

DEMANDEUR

M^{me} M. Nom : Nom de jeune fille :

Prénom : Né(e) le : A.

N° sécurité sociale : **2**

Nationalité : Française Rattachée de l'Union Européenne Autre :

Êtes-vous marié(e) ? Non Oui. Précisez le régime principal :

Situation familiale : Célibataire Marié(e) Concubinaire Pacsé Divorcé(e) Veuf(ve)

ADRESSE ACTUELLE

N° : Rue :

Bâtiment : N° d'appartement : Escalier :

Code postal : Commune :

Téléphone : **3**

Depuis quand habitez-vous à cette adresse ? **3**

Précisez s'il s'agit de :

Domicile personnel Résidence autonome (logement-foyer) EHPAD Hébergement chez un proche

Service Long Séjour Hospitalier Hébergement dans une famille d'accueil à titre onéreux

ADRESSE PRÉCÉDENTE

N° : Rue :

Bâtiment : N° d'appartement : Escalier :

Code postal : Commune :

Précisez s'il s'agit de :

Domicile personnel Résidence autonome (logement-foyer) EHPAD Hébergement chez un proche

Service Long Séjour Hospitalier Hébergement dans une famille d'accueil à titre onéreux

1. Cochez la case correspondant au type d'ADPA demandée (« à domicile » ou « en établissement »). Une seule case doit être cochée.

2. Saisissez vos informations personnelles.

3. Saisissez votre adresse actuelle (domicile personnel ou lieu de résidence).

4. Saisissez votre ancienne adresse si elle a changé depuis 1 an. Si ce n'est pas le cas, il est inutile de remplir cette partie.

CONJOINT/CONCUBIN ou PACS

M^{me} M. Nom : Nom de jeune fille :

Prénom : Né(e) le : A.

N° sécurité sociale : **5**

Le conjoint réside-t-il en établissement pour personnes âgées ? Oui Non

Lieu de résidence actuelle est différent de celle du demandeur ? Oui Non

PROJECTION JURIDIQUE DU DEMANDEUR

Type de protection juridique : Sauvagerie de justice Curatelle Tutelle Aucune

M^{me} M. Nom et prénom du représentant légal ou organisme de tutelle :

Téléphone : Email :

PERSONNE RÉFÉRENTE (personne à joindre en cas de besoin)

M^{me} M. Nom et prénom du référent :

Lien avec le demandeur :

Bâtiment : N° d'appartement : Escalier :

Code postal : Commune :

Téléphone : Email :

PROCHES AIDANTS DU DEMANDEUR

Sont aidants « les personnes de votre entourage (famille, amis, voisins etc.) que vous apportent une aide dans la vie quotidienne »

Nom et prénom de l'aidant	Age	Lien avec le demandeur	Lieu de résidence	Nature de l'aide apportée (ex : accompagnement dans les déplacements, aide aux repas etc...)	Fréquence	Durée de l'aide hebdomadaire
Aidant 1					<input type="checkbox"/> Tous les jours <input type="checkbox"/> Plusieurs fois par semaine <input type="checkbox"/> Une fois par semaine <input type="checkbox"/> Moins d'une fois par semaine	
Aidant 2					<input type="checkbox"/> Tous les jours <input type="checkbox"/> Plusieurs fois par semaine <input type="checkbox"/> Une fois par semaine <input type="checkbox"/> Moins d'une fois par semaine	
Aidant 3					<input type="checkbox"/> Tous les jours <input type="checkbox"/> Plusieurs fois par semaine <input type="checkbox"/> Une fois par semaine <input type="checkbox"/> Moins d'une fois par semaine	

5. Saisissez les informations personnelles de votre conjoint, concubin ou partenaire pacsé. N'oubliez pas de préciser son adresse de résidence si elle est différente de la vôtre.

6. Précisez si vous bénéficiez d'un régime de protection juridique, et si c'est le cas, indiquez le nom et les coordonnées de votre représentant légal.

7. Saisissez le nom, l'adresse et les coordonnées de la personne qui sera référente de votre dossier, si vous souhaitez en avoir une. Sinon, inutile de remplir cette partie.

8. Complétez les informations demandées sur vos proches aidants. Il s'agit de la ou des personnes de votre entourage (famille, amis, voisins...) qui vous apportent de l'aide pour certaines activités de la vie courante (par exemple : ménage, courses, cuisine, déplacement, sorties...). Si personne n'est dans cette situation, inutile de remplir cette partie.

ALLOCATIONS

Percevez-vous :

Allocation de Compensation de Handicap (PCH)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Aide Métrière Départementale	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Aide Métrière d'un Régime de Retraite	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Majoration pour Tierce Personne (MTP)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Prestation complémentaire de recours à une tierce personne (PCRTP)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

REVENUS PATRIMONIAUX DU DEMANDEUR ET DU CONJOINT/CONCUBIN/PARTENAIRE PACSÉ IL A CONCLU UN PACTE CIVIL DE SOLIDARITÉ

RESSOURCES ANNUELLES

Ressources annuelles	Du demandeur	Du conjoint/concubin/partenaire pacsé avec laquelle il a conclu un PACS
Pensions de retraite y compris retraites complémentaires (sauf ASPA)	10	
Salaires ou bénéfices déclarés		
Régimes soumis au prélèvement à la source		
Capitaux mobiliers et capitaux non placés (sauf assurances-vie)		
TOTAL ANNUEL		

BIEN IMMOBILIERS

Concernant votre résidence principale, êtes-vous ?

Propriétaire Locataire Occupant à titre gratuit

Propriétés bâties	Adresse	Compléments (Bât. N°, Nature Btc. etc...)	Code Postal	Ville	Valeur locative (voir taxe foncière)
Résidence principale	12				
Résidence(s) secondaire(s)					
Propriétés non bâties					

DEMANDE SIMPLIFIÉE D'UNE CARTE MOBILITÉ INCLUSION (CMI)

Souhaitez-vous demander la CMI mention « invalidité » ou « priorité » ? Oui Non

Souhaitez-vous demander la CMI mention « stationnement » pour personnes handicapées ? Oui Non

13

Si l'Allocation Personnalisée d'Autonomie vous est accordée au titre du GIR 1 ou 2, vous pouvez bénéficier de la CMI mention « invalidité », à titre définitif, de la carte mobilité inclusion (CMI) comportant les mentions « invalidité » et « stationnement » pour personnes handicapées. Dans tous les autres cas, votre dossier sera évalué par l'évaluateur médico-social.

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e), M. Mme M. agissant : en mon nom propre en ma qualité de représentant légal de M. Mme

14

certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus. Je suis informé(e) que toute fausse déclaration ou falsification de documents peut entraîner l'obtention coupable d'un droit, m'expose à des sanctions pénales et financières en application de la loi, ainsi que, le cas échéant, à la récupération par le Département des sommes indûment perçues.

Fait le à Signature

Dispositions relatives à la loi du 11 mars 2004 : Les renseignements relatifs à cette demande sont répertoriés. Ils sont donc soumis aux dispositions de la loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, et protégés par les droits de la personne.

Tout demandeur peut être sanctionné et le cas échéant, l'application de la suppression des informations le concernant, en adressant un courrier à Monsieur le Président du Conseil départemental de la Seine-Saint-Denis, 20000 Bobigny Cedex.

- PIECES OBLIGATOIRES A JOINDRE AU DOSSIER**
- Justificatif d'identité et de nationalité :
 - photocopie de la carte nationale d'identité ou d'un passeport de l'Union Européenne
 - ou un extrait d'acte de naissance
 - ou photocopie du livret de famille
 - ou photocopie du titre de séjour ou de la carte de résidence en cours de validité
 - Photocopie complète du dernier avis d'imposition ou de non-imposition sur le revenu.
 - Toute pièce justificative des biens ou capitaux du patrimoine déclaré (photocopie du dernier relevé de la taxe foncière sur les propriétés bâties et sur les propriétés non bâties si vous, votre conjoint, votre concubin, ou la personne avec laquelle vous avez conclu un pacte civil de solidarité êtes propriétaires de biens immobiliers ; relevé annuel d'assurance vie etc.)
 - Relevé d'Identité Bancaire ou Poste au nom du demandeur
- 15**

- PIECES COMPLEMENTAIRES A JOINDRE AU DOSSIER**
- Pour les personnes accueillies en établissement :
- L'arrêté de tarification à demander à la Direction de l'établissement
 - Le bulletin de présence mentionnant la date d'entrée
 - Le bulletin GIR établi par le médecin coordonnateur
- Pour les personnes hébergées chez un proche :
- Un certificat d'hébergement
 - La photocopie de la pièce d'identité de l'hébergeant
- Pour les demandeurs bénéficiant d'une mesure de protection juridique :
- Photocopie du jugement concernant la mesure de protection (curatelle/tutelle)
- Tout dossier incomplet et non signé ne pourra pas être instruit.

9. Indiquez si vous bénéficiez déjà d'une ou de plusieurs des prestations listées.

10. Saisissez le montant de vos ressources annuelles et de celles de votre conjoint, concubin ou partenaire pacsé. Ces informations figurent sur vos derniers avis d'imposition et sur les relevés annuels relatifs à vos assurances-vie.

11. Indiquez si vous êtes propriétaire, locataire ou occupant à titre gratuit de votre résidence principale.

12. Saisissez les informations demandées sur les biens immobiliers (maisons, appartements, terrains...) que vous possédez. Si vous ne possédez aucun bien immobilier, passez à la partie suivante.

13. Indiquez si vous souhaitez bénéficier d'une CMI avec la mention « invalidité » ou « priorité », et/ou avec la mention « stationnement ». Seuls les bénéficiaires de l'ADPA en GIR 1 ou 2 peuvent bénéficier automatiquement et à titre définitif de la CMI « invalidité » et « stationnement ». Dans tous les autres cas, la demande sera évaluée par une équipe médico-sociale.

14. Complétez et signez (ou faites compléter et signer par votre représentant légal) la déclaration sur l'honneur de l'exactitude des renseignements saisis. Attention : le représentant légal est le mandataire judiciaire chargé d'assurer la mesure de tutelle, de curatelle ou de sauvegarde de justice ou le proche désigné dans le cadre de l'habilitation familiale. Le lien de parenté n'est pas suffisant.

15. Joignez toutes les pièces justificatives demandées, en fonction de votre situation.

Le dossier doit être envoyé à l'adresse suivante :

Conseil général de la Seine Saint-Denis
DPAPH - Service Population Agée
Allocation Départementale Personnalisée d'Autonomie
93006 BOBIGNY CEDEX

Suites données à la demande : Vous recevrez un accusé de réception dans les 10 jours après réception de la demande par le Département, indiquant si votre dossier est complet ou s'il comporte des pièces manquantes. La date de réception par le Département du dossier complet ou des pièces justificatives manquantes constitue la date légale de dépôt du dossier. Cette date fait courir le délai de deux mois au terme duquel une décision doit être notifiée par le Département.

BIEN IMMOBILIERS

Concernant votre résidence principale, êtes-vous ?

- Propriétaire Locataire Occupant à titre gratuit

Propriétés bâties	Adresse	Compléments (Bât, N° appart, Esc etc...)	Code Postal	Ville	Valeur locative (voir taxe foncière)
Résidence principale					
Résidence(s) secondaire (s)					
Propriétés non bâties					

DEMANDE SIMPLIFIEE D'UNE CARTE MOBILITE INCLUSION (CMI)

Souhaitez-vous demander la CMI mention « invalidité » ou « priorité » ? oui non

Souhaitez-vous demander la CMI mention « stationnement pour personnes handicapées » ? oui non

Si l'Allocation Personnalisée d'Autonomie vous est accordée au titre du GIR 1 ou 2, vous pouvez bénéficier grâce à cette demande, à titre définitif, de la carte mobilité inclusion (CMI) comportant les mentions « invalidité » et « stationnement pour personnes handicapées ». Dans tous les autres cas, vos demandes seront évaluées par l'évaluateur médico-social.

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e), Mme M. agissant :

- en mon nom propre
 en ma qualité de représentant légal de Mme M.

certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus. Je suis informé(e) que toute fausse déclaration ou falsification de document, toute obtention usurpée d'un droit, m'expose à des sanctions pénales et financières en application de la loi, ainsi que, le cas échéant, à la récupération par le Département des sommes indûment perçues.

Fait le à Signature

Dispositions relatives à la loi du 6 janvier 1978

Les traitements relatifs à cette demande sont informatisés. Ils sont donc soumis aux dispositions de la Loi "Informatique et Liberté" du 6 janvier 1978, modifiée en 2004, qui protège les droits et libertés individuels.

Toute personne peut obtenir communication et, le cas échéant, rectification ou suppression des informations la concernant, en adressant un courrier à Monsieur le Président du Conseil départemental de la Seine-Saint-Denis, 93006 Bobigny Cedex.

seine saint-denis
LE DÉPARTEMENT

Direction de la Population Agée et des Personnes Handicapées
 Service de la Population Agée
 Immeuble VERDI
 8-22 rue du Chemin Vert
 93006 BOBIGNY Cedex
 Tél. 0 800 893 893

adresse d'envoi

N° de dossier :

Reçu le :

Cadre réservé aux services départementaux

DEMANDE D'ALLOCATION DEPARTEMENTALE PERSONNALISEE D'AUTONOMIE

à Domicile

en Etablissement

DEMANDEUR

Mme M. Nom : Nom de jeune fille :

Prénom : Né(é) le : A

N° sécurité sociale :

Nationalité : Française Ressortissant de l'Union Européenne Autre :

Etes-vous retraité(e) ? Non Oui. Précisez le régime principal

Situation familiale : Célibataire Marié(e) Concubinage Pacs Divorcé(e) Veuf(ve)

ADRESSE ACTUELLE

N° : Rue :

Bâtiment : N° d'appartement : Escalier :

Code postal : Commune :

Téléphone : Email :

Depuis quand habitez-vous à cette adresse ?

Précisez s'il s'agit de :

- Domicile personnel Résidence autonomie (logement-foyer) EHPAD Hébergement chez un proche
 Service Long Séjour Hospitalier Hébergement dans une famille d'accueil à titre onéreux

ADRESSE PRECEDENTE

N° : Rue :

Bâtiment : N° d'appartement : Escalier :

Code postal : Commune :

Précisez s'il s'agit de :

- Domicile personnel Résidence autonomie (logement-foyer) EHPAD Hébergement chez un proche
 Service Long Séjour Hospitalier Hébergement dans une famille d'accueil à titre onéreux