



# DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE (APA) EN ETABLISSEMENT

	Demandeur	Conjoint, concubin ou partenaire de PACS
Nom d'usage		
Prénoms		
Nom de famille (de naissance)		
Date de naissance		
Lieu de naissance		
N° sécurité sociale (NIR)	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Nationalité	<input type="checkbox"/> française <input type="checkbox"/> ressortissant de l'Union européenne <input type="checkbox"/> hors Union européenne	<input type="checkbox"/> française <input type="checkbox"/> ressortissant de l'Union européenne <input type="checkbox"/> hors Union européenne
Situation de famille (marié, divorcé, veuf, séparé, partenaire de PACS, concubin, célibataire)		
<b>Adresse avant l'entrée dans l'établissement actuel:</b>		
.....		
.....		
<b>De quel type de logement s'agissait-il ?</b>		
<input type="checkbox"/> votre domicile ..... depuis le .....		
<input type="checkbox"/> un établissement d'hébergement..... depuis le.....		
<input type="checkbox"/> un accueil familial .....à titre onéreux <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non .... depuis le.....		
<input type="checkbox"/> autre : précisez ..... depuis le.....		
⇒ Indiquez votre adresse avant la première entrée en hébergement ou en accueil familial :		
.....		
.....		
<b>Personne à contacter :</b>		
Nom.....Prénom.....		
Adresse.....		
Code Postal.....Ville.....		
Lien avec le demandeur.....		
Téléphone..... Courriel.....		
<b>Bénéficiez-vous d'une mesure de protection ?</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> demande en cours		
⇒ <b>si oui, joindre une copie du jugement.</b>		
<input type="checkbox"/> sauvegarde de justice <input type="checkbox"/> curatelle <input type="checkbox"/> tutelle <input type="checkbox"/> habilitation familiale		
Coordonnées de la personne ou de l'organisme chargé(e) de la mesure de protection :		
.....		
.....		
Téléphone.....Courriel.....		

**Percevez-vous actuellement :**

- la majoration pour aide constante d'une tierce personne (MTP)  oui  non
- la prestation complémentaire pour recours à tierce personne (PCRTP)  oui  non
- l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP)  oui  non
- la prestation de compensation du handicap (PCH)  oui  non
- l'aide ménagère versée par les caisses de retraite  oui  non
- l'aide ménagère au titre de l'aide sociale départementale  oui  non

⇒ Joindre une copie de la notification.

**ATTENTION :** - aucune de ces prestations n'est cumulable avec l'APA,  
- toute allocation versée à tort fera l'objet d'une demande de remboursement

**Possédez-vous des biens immobiliers non loués :**

- Maison.....
- Appartement.....
- Garage.....
- Terrain non bâti ...
- Bois, verger .....
- Si vous n'en possédez pas, cochez ICI.

**Ne pas déclarer votre ancien domicile si celui-ci est occupé par votre conjoint, vos enfants, vos petits-enfants.**

⇒ Joindre une copie des taxes foncières des biens.

**DEMANDE SIMPLIFIEE DE CARTE MOBILITE INCLUSION (CMI)**

**Souhaitez vous bénéficier de la Carte Mobilité Inclusion ou renouveler votre carte arrivant à échéance :**

- mention **invalidité** (avec mention besoin d'accompagnement ou besoin d'accompagnement cécité) ou **priorité**.....  oui  non  renouvellement
- mention **stationnement**.....  oui  non  renouvellement

**ENGAGEMENT SUR L'EXACTITUDE DES INFORMATIONS COMMUNIQUEES**

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

- m'engage à signaler toute modification dans ma situation,
- certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant dans ce dossier et déclare être informé(e) que toute somme perçue à tort fera l'objet d'une demande de remboursement. Le Département dispose d'un délai de deux ans sauf en cas de fraude ou de fausse déclaration (L. 232-25 du Code de l'Action Sociale et des Familles).

Fait à.....

Le .....

**Signature du demandeur ou de son représentant légal**

## INFORMATIONS UTILES

L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) est destinée aux personnes âgées de 60 ans et plus, en perte d'autonomie. L'APA établissement sert à payer une partie du tarif dépendance de votre établissement.

Elle est universelle et ouverte à tous. En fonction de vos ressources, une participation peut vous être demandée. Elle peut varier en fonction de l'évolution des tarifs.

**Cette allocation n'est pas récupérable sur succession.**

### **Evaluation de la perte d'autonomie :**

Le médecin coordonnateur de l'établissement est chargé d'évaluer votre degré de perte d'autonomie (GIR). Cette évaluation permet de définir le tarif dépendance pris en compte pour le calcul de l'APA.

Une révision du GIR doit être faite par l'établissement dès que votre situation évolue et au moins chaque année.

### **Carte(s) Mobilité Inclusion (CMI) :**

Ce formulaire vous permet de demander la CMI.

- **En GIR 1 ou 2**, vous pouvez bénéficier de la CMI mentions invalidité et/ou stationnement, sans autre condition et à titre définitif.
- **En GIR 3, 4, 5 ou 6**, la CMI peut être attribuée, après appréciation de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH), à titre définitif ou pour une durée déterminée.

### **Versement de l'allocation :**

- Pour les établissements de la Drôme et de l'Ardèche, l'allocation est versée directement par le Département à l'établissement (sauf exceptions). Celui-ci déduit l'APA attribuée selon le tarif dépendance de l'établissement.
- Pour les établissements hors Drôme, l'APA peut être versée, soit directement à l'établissement, soit au bénéficiaire.

Dans tous les cas :

- Le tarif dépendance GIR 5-6 de l'établissement est à votre charge, sauf si vous êtes bénéficiaire de l'aide sociale du Département,
- Le versement de l'APA est interrompu le 1er jour suivant la date du décès.

### **Evolution ou changement dans votre situation :**

**Tout changement doit impérativement et dans les meilleurs délais être signalé par écrit :** hospitalisation (entrée/sortie), retour à domicile, changement d'établissement, décès.

### **Protection des données personnelles :**

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement automatisé et sont destinées au Département de la Drôme et à la Maison Départementale de l'Autonomie. Les droits d'accès, d'opposition et de rectification prévus par la loi n°78-17 du 06/01/1978 modifiée s'exercent auprès de la Présidente du Conseil départemental.



Pour tout renseignement contacter :

**Drôme Solidarités**

**04 75 79 70 09**

[dromesolidarites@ladrome.fr](mailto:dromesolidarites@ladrome.fr)



Pièces obligatoires à fournir :

Si vous étiez déjà bénéficiaire de l'APA à domicile :

- La copie intégrale de votre dernier avis d'imposition sur le revenu ou de l'avis de situation déclarative à l'impôt sur le revenu (ASDIR) et celle de votre conjoint (ou partenaire de PACS ou concubin)
- Un bulletin de situation précisant la date d'entrée dans l'établissement
- La grille de détermination de votre GIR (groupe iso-ressources)

Si vous demandez l'APA dans la Drôme pour la 1<sup>ère</sup> fois :

- La copie de votre livret de famille ou de votre carte nationale d'identité ou de votre passeport de l'Union européenne ou un extrait de votre acte de naissance.  
**Pour un demandeur hors Union européenne**, la copie de votre titre de séjour en cours de validité.
- La copie d'un justificatif de domicile récent (facture énergie, téléphone, eau...)  
Si vous étiez hébergé **à titre gracieux**, joindre une attestation sur l'honneur et un justificatif de domicile du logeur.
- La copie intégrale de votre dernier avis d'imposition sur le revenu ou de l'avis de situation déclarative à l'impôt sur le revenu (ASDIR) et celle de votre conjoint (ou partenaire de PACS ou concubin)
- Un bulletin de situation précisant la date d'entrée dans l'établissement
- La grille de détermination de votre GIR (groupe iso-ressources)

ATTENTION : Pour les établissements situés hors Drôme :

- La copie du dernier arrêté de tarification de l'établissement
- Un relevé d'identité bancaire (RIB) au nom du demandeur ou de l'établissement si celui-ci demande à ce que l'APA lui soit versé.  
En cas de mesure de protection, le **RIB du demandeur doit mentionner la mesure de protection.**

**Afin que votre demande soit traitée dans les meilleurs délais, merci de veiller à ce que :**

- **les pièces demandées soient jointes**
- **les copies soient lisibles**

Dossier complété à renvoyer avec les pièces demandées à :

Maison Départementale de l'Autonomie  
MDA-SGAF-APA  
BP 81132  
26011 VALENCE Cedex