



DEMANDE D'APA 1

À DOMICILE EN ÉTABLISSEMENT

TOUT DOSSIER NON SIGNÉ NE POURRA FAIRE L'OBJET D'UNE ÉTUDE (voir fin de dossier)

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DEMANDEUR

	DEMANDEUR	<input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Concubin <input type="checkbox"/> Pacsé
Nom - Prénom		
Nom de naissance		
Date et lieu de naissance		
N° de sécurité sociale (organisme)		
Nationalité	<input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Ressortissant Union européenne <input type="checkbox"/> Ressortissant hors Union européenne	<input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Ressortissant Union européenne <input type="checkbox"/> Ressortissant hors Union européenne
Date d'arrivée en France (pour les étrangers)		
Situation de famille (célibataire, marié, divorcé, veuf, concubin, pacsé)		
Caisse de retraite principale		

Mentionnez si vous faites l'objet d'une mesure de protection :

- sauvegarde de justice tutelle curatelle simple curatelle renforcée
 autre (précisez : MAJ, habilitation familiale :

Nom et adresse de l'organisme, de la personne chargée de la gestion des biens :

.....
.....
..... Tél.

ADRESSE ACTUELLE DU DEMANDEUR

Adresse :
.....
..... Tél.

- Précisez s'il s'agit :** du domicile de l'établissement d'hébergement (date d'entrée :)
 de l'accueil familial par un particulier à domicile à titre onéreux dans le cadre de la loi du 10 juillet 1989 (date de début de l'accueil :)
 autre (ex : chez un enfant, un parent)

Adresse précédente du demandeur :

- Si vous êtes en établissement > Indiquez l'adresse du domicile avant la première entrée en établissement

- Si vous êtes à domicile, en cas de déménagement depuis moins de 3 mois > Indiquez l'adresse précédente

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

ADRESSE DU CONJOINT, CONCUBIN, PACSÉ (si différente de celle actuelle du demandeur)

Adresse :
.....

3. Assurance vie (fournir un relevé annuel de chaque contrat souscrit)

- Avez-vous souscrit un ou des contrats d'assurance vie ? oui non

Montant des capitaux placés :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PROCHES AIDANTS DU DEMANDEUR

Ce volet du dossier vise à apporter les premières informations sur les personnes de votre famille ou de votre entourage amical qui apportent une aide dans votre vie quotidienne. On les dénommera « aidants » dans ce qui suit.

Bien que ce soit facultatif, il est recommandé de remplir le tableau ci-dessous.

NOM	PRÉNOM	ADRESSE	TÉLÉPHONE	LIEN

Nature de l'aide apportée par vos aidants :

- Surveillance/présence responsable
- Aide aux déplacements à l'intérieur du logement
- Aide aux déplacements à l'extérieur
- Aide pour entretenir le logement et le linge
- Aide à la toilette
- Aide à la préparation des repas
- Autre, précisez :
- Aide à la prise des repas
- Coordination des intervenants professionnels
- Gestion administrative et financière
- Stimulation par des activités (loisirs, sorties, etc.)
- Aide à la communication et aux relations sociales
- Aide au suivi médical

PERSONNE(S) À JOINDRE POUR TOUT RENSEIGNEMENT COMPLÉMENTAIRE (enfants, parents)

Nom / prénom

Adresse / téléphone

.....

.....

.....

.....

MÉDECIN TRAITANT

Nom / prénom

Adresse / téléphone

.....

.....

.....

OBSERVATIONS COMPLÉMENTAIRES (facultatif)

.....

.....

.....

.....

Je soussigné(e),

Agissant en mon nom propre / en ma qualité de représentant de
reconnais avoir pris connaissance des dispositions ci-dessous.

◆ FRAUDE (article 135-1 du code de l'action sociale et des familles)

Sans préjudice des paiements en restitution, quiconque aura frauduleusement bénéficié ou tenté de bénéficier de l'aide sociale, sera puni des peines prévues aux articles 313-1, 313-2, 313-7 et 313-8 du code pénal.

◆ CHANGEMENT DE SITUATION

Tout changement de situation du bénéficiaire de l'aide sociale devra être signalé aux services du Département (pôle vie sociale). J'autorise la Maison Loire Autonomie à transmettre les éléments du dossier aux caisses de retraite et à la Maison départementale des personnes handicapées de la Loire (MDPH).

Je certifie sur l'honneur :

- l'exactitude des renseignements fournis dans le cadre de cette demande,
- ne pas être titulaire d'une majoration tierce personne 3^e catégorie sécurité sociale (MTP) ou de la prestation complémentaire pour recours à une tierce personne (PC RTP).

Fait à

Signature :

Le

DISPOSITIONS CONCERNANT LES DROITS DES CITOYENS DANS LEURS RELATIONS AVEC L'ADMINISTRATION

En application des dispositions du livre III du code des relations entre le public et l'administration, les personnes qui le demandent pourront consulter les documents relatifs à la présente demande les concernant. Les modalités d'accès seront appliquées conformément aux dispositions édictées par la loi.

DISPOSITIONS RELATIVES AU TRAITEMENT AUTOMATISÉ DE DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Les traitements relatifs à cette demande sont informatisés. Ils sont donc soumis aux dispositions de la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, qui protège les droits et libertés individuels.

Toute personne dispose du droit de décider et de contrôler les usages qui sont faits des données à caractère personnel la concernant.

Conformément à l'article 32 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, 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 d'instruction du dossier.
- Les destinataires des informations collectées sont exclusivement les administrations et organismes habilités à connaître des dossiers d'aide sociale à domicile ou en établissement.
- 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, en justifiant de votre identité, à Monsieur le président du Département à l'adresse ci-dessous :



Loire
LE DÉPARTEMENT

