



DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE (APA)

à domicile

POUR LES PERSONNES DE PLUS DE 60 ANS

à retourner complétée et signée au

Conseil départemental de l'Oise - Direction de l'Autonomie des Personnes

1 rue Cambry – CS 80941

60024 BEAUVAIS CEDEX

DEMANDEUR

NOM : _____

PRENOM : _____

ADRESSE ACTUELLE :

Canton _____

n° de téléphone : _____

REFERENT A CONTACTER

NOM : _____

PRENOM : _____

lien de parenté : _____

ADRESSE ACTUELLE :

n° de téléphone : _____

courriel : _____

RESIDEZ-VOUS DANS L'OISE DEPUIS AU MOINS TROIS MOIS ?

OUI

NON → (adresse avant votre arrivée dans l'Oise et date d'arrivée dans l'Oise) :

PRECISEZ S'IL S'AGIT :

DU DOMICILE PERSONNEL

D'UNE RESIDENCE POUR PERSONNE AGEE (Foyer logement)

Adresse avant votre arrivée à la Résidence pour Personnes Agées :

D'UN ACCUEIL FAMILIAL (Loi du 10/07/1989)

Adresse avant votre arrivée en famille d'accueil :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DEMANDEUR

	LE DEMANDEUR	LE CONJOINT OU LA PERSONNE VIVANT MARITALEMENT
NOM MARITAL (pour les femmes)		
NOM DE NAISSANCE		
PRENOM		
DATE ET LIEU DE NAISSANCE		
N° SECURITE SOCIALE		
NATIONALITE		
Date d'arrivée en FRANCE (pour les étrangers)		
SITUATION DE FAMILLE marié(e), divorcé(e), veuf(ve), concubin(e), pacte civil de solidarité, célibataire		
REGIME de RETRAITE PRINCIPALE (*)		
Lieu de résidence actuelle du demandeur et son conjoint (avec date d'arrivée et départ) Précisez si le conjoint ou concubin réside en établissement médico-social (joindre copie de la dernière facture dans ce cas)		

Bénéficiez-vous (ou votre conjoint) :

- | | |
|--|-----------|
| - de la Majoration Tierce Personne (MTP) | OUI - NON |
| - de l'Allocation Compensatrice Tierce Personne (ACTP) | OUI - NON |
| - de l'Aide Ménagère Caisse de Retraite | OUI - NON |
| - de la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) | OUI - NON |

MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE

Faites-vous l'objet d'une mesure de :

Sauvegarde de justice Tutelle Curatelle
(si oui joindre impérativement une copie du jugement)

d'Accompagnement Social Personnalisé
(si oui joindre un justificatif)

d'Accompagnement Judiciaire

NOM ET ADRESSE du représentant légal ou de l'organisme chargé de cette mesure :

N° de téléphone :

(*) c'est à dire celui auprès duquel vous avez cotisé le plus longtemps.

RESSOURCES

NATURE DES RESSOURCES	DEMANDEUR MONTANT MENSUEL	CONJOINT ou PERSONNE VIVANT MARITALEMENT (montant mensuel)
<u>Retraites principales et complémentaires</u>		
<u>Salaires ou bénéfices déclarés</u>		
Allocation solidarité aux personnes âgées		
Rente accident du travail et maladies professionnelles		
Pension d'invalidité		
Allocations adultes handicapés		
Rentes viagères		
Autres ressources		

DEMANDE DE CARTE MOBILITE INCLUSION (CMI) (Conformément à l'article R 241-12 du CASF)

Si vous le souhaitez, et si vous n'avez pas déjà déposé une demande ou ouvert des droits auprès de la MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées), vous avez la possibilité de faire la demande de CMI.

Pour ce faire, cochez la case suivante : oui non

Après évaluation de votre degré de dépendance :

- **En GIR 1 ou 2**, les CMI « stationnement » et « invalidité » vous sont automatiquement attribuées et à titre définitif
- **En GIR 3, 4, 5 et 6**, les CMI « invalidité » ou « priorité » et/ou « stationnement » peuvent vous être accordées après évaluation de votre situation.

LISTE DES PIÈCES JUSTIFICATIVES A JOINDRE AU DOSSIER

APA à domicile :

- la photocopie du livret de famille, carte nationale d'identité ou extrait de naissance ;
pour les étrangers : justificatifs de résidence en France (copie recto verso du titre de séjour)
ou de la carte de résident ou passeport de la Communauté Européenne ;
- copie du dernier avis d'imposition ou de non imposition sur le revenu ;
- copie des trois derniers relevés bancaires ou extrait de compte justifiant les ressources du demandeur et de son conjoint ;
- relevé d'Identité Bancaire.
- si mesure de protection (tutelle, curatelle, sauvegarde de justice, ...) : copie du justificatif de la mesure ;

Conformément à l'article L.232-19 du code de l'action sociale et des familles, les prestations versées au titre de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie ne font l'objet d'aucun recouvrement sur la succession du bénéficiaire, sur le légataire et le donataire.

L'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) n'est pas cumulable avec l'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP), ni avec la majoration pour aide constante d'une tierce personne, ni avec la prestation légale ou extra-légale d'aide ménagère ni avec la Prestation de Compensation du Handicap.

Vos données personnelles font l'objet d'un traitement.

Conformément au règlement n°2016/679, dit règlement général sur la protection des données (RGPD), vous disposez d'un droit d'accès et de rectification de ces données personnelles. Ces données sont conservées conformément à la réglementation en vigueur. Vous pouvez adresser toute demande concernant vos données personnelles par voie électronique à l'adresse mail : delegue-rgpd@oise.fr ou en écrivant au Conseil départemental de l'Oise, à l'attention du Délégué à la Protection des Données – 1, rue Cambry- CS 80941 – 60024 BEAUVAIS CEDEX.

Je soussigné(e) déclare avoir pris connaissance des dispositions ci-dessus indiquées et certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant au dossier.

En application de l'article 5 de la loi n° 92-722 du 29 juillet 1992 et de l'article L.133-2 du CASF, les services instructeurs vérifient les déclarations des demandeurs.

A cette fin, ils peuvent demander toutes les informations nécessaires aux administrations publiques et notamment aux administrations financières, aux collectivités territoriales, aux organismes de sécurité sociale, de retraite complémentaire, d'indemnisation du chômage ainsi qu'aux organismes publics et privés concourant aux dispositifs d'insertions ou versant des rémunérations au titre de l'aide sociale à l'emploi, qui sont tenus de leur communiquer.

FAIT à _____ **le** _____

SIGNATURE