



N° DOSSIER
(à remplir par l'administration)

MISSION AUTONOMIE

DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE

EN ÉTABLISSEMENT (1)

A DOMICILE (1)

Veuillez vous reporter à la notice explicative avant de compléter ce dossier

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE : |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

ADRESSE ACTUELLE DU DEMANDEUR :

N° et voie :

Commune :Code Postal :Tél :

Précisez s'il s'agit :

(1) du domicile du demandeur

(1) de l'accueil par un particulier agréé au titre de la loi du 10 juillet 1989 relative à l'accueil à domicile à titre onéreux

Nom de la famille d'accueil agréée :

Date d'accueil : |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

(1) d'un établissement (2)

Nom de l'établissement :

Adresse :

Date d'entrée : |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

S'agit-il d'une admission : en maison de retraite : oui - - non

en unité de soins de longue durée : oui - - non

(1) autres (3)

ADRESSE PRECEDENTE (4) :

N° et voie :

Commune :Code Postal :

	LE DEMANDEUR	LE CONJOINT (5)
NOM NOM de jeune fille
Prénom
Date de naissance Lieu de naissance	__ _ / __ _ / __ _ __ _	__ _ / __ _ / __ _ __ _
Nationalité (6)
Situation de famille (7)
N° Sécurité Sociale Caisse d'affiliation (CPAM, MSA, Prévoyance artisanale...)	__ _ __ _ __ _ __ _ __ _ / __ _ 	__ _ __ _ __ _ __ _ __ _ / __ _
Êtes-vous retraité(e) ? Précisez le régime de retraite principal (CARSAT, MSA, CDC, autre ...)	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> - non	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> - non

Faites-vous l'objet d'une mesure (1) : <input checked="" type="checkbox"/> de tutelle <input checked="" type="checkbox"/> de curatelle <input checked="" type="checkbox"/> de curatelle renforcée <input checked="" type="checkbox"/> de sauvegarde de justice Si oui, précisez l'identité et les coordonnées du tuteur, curateur, gestionnaire des biens. (8)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Adresse du conjoint (9)

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE ENTOURAGE

Nom et adresse de la personne référente (10) :

 Téléphone :

PROCHES AIDANTS DU DEMANDEUR (11)	
Renseignements concernant l'aidant ou les aidants	Nature, durée et périodicité de l'aide apportée (12)
Nom et prénom : Age : Lieu de résidence : Tél : Mail : Nature du lien avec le demandeur :
Nom et prénom : Age : Lieu de résidence : Tél : Mail : Nature du lien avec le demandeur :
Nom et prénom : Age : Lieu de résidence : Tél : Mail : Nature du lien avec le demandeur :

DEMANDE D'UNE CARTE D'INVALIDITE ET D'UNE CARTE DE STATIONNEMENT

Si l'évaluation médico-sociale détermine votre niveau de dépendance en GIR 1 ou GIR 2 (**13**), souhaitez-vous bénéficier **d'une carte d'invalidité et d'une carte de stationnement** (prévues aux articles L.241-3 et L. 241-3-2 du Code de l'Action sociale et des familles) ?

oui

non

ALLOCATIONS ET PENSIONS PERCUES (montants mensuels) (1)	DEMANDEUR
✓ une allocation compensatrice pour tierce personne	<input type="checkbox"/>
✓ une aide-ménagère au titre de l'aide sociale départementale	<input type="checkbox"/>
✓ une aide-ménagère versée par les caisses de retraite (CARSAT, MSA, autre ...)	<input type="checkbox"/>
Si oui, précisez le nombre d'heures ainsi que l'organisme payeur
✓ une majoration pour aide constante d'une tierce personne ou une prestation complémentaire pour recours à tierce personne, versées par un organisme de sécurité sociale	<input type="checkbox"/>
✓ une prestation de compensation du handicap	<input type="checkbox"/>

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

RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX REVENUS ET AU PATRIMOINE DU DEMANDEUR (14)

◆ Les revenus déclarés figurant sur le dernier avis d'imposition :

Demandeur :€ Conjoint (**5**) :€

◆ Montants de l'Épargne et des Biens mobiliers :

Demandeur :€ Conjoint (**5**) :€

◆ Ressources ne figurant pas dans l'avis d'imposition ou de non-imposition à l'impôt sur le revenu : revenus soumis au prélèvement libératoire en application des articles 125-0 A et 125 D du Code général des impôts. (**15**)

Demandeur :€ Conjoint (**5**) :€

◆ Patrimoine **non exploité (16)** :

PROPRIÉTÉS BATIES		
Nature (17)	Adresse	Valeur locative (18)
..... €
..... €
..... €

PROPRIÉTÉS NON BATIES		
Nature (19)	Adresse	Valeur locative (18)
..... €
..... €
..... €

*

* *

Je soussigné(e), agissant en mon nom propre
ou en ma qualité de représentant de (20),

certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus.

J'autorise la transmission de mon dossier aux caisses de retraite si nécessaire.

Fait àle Signature :

DEMANDE A RETOURNER, DÛMENT COMPLÉTÉE ET SIGNÉE, A :

Monsieur le Président du Conseil Départemental

Maison de l'Autonomie

6b, rue du Verdon - 67 100 STRASBOURG