

**Direction de la Population Agée et des
Personnes Handicapées**
Service de la Population Agée

Immeuble le VERDI
8-22 rue du chemin vert
93006 BOBIGNY Cedex
Tél. 0 800 893 893

N° DOSSIER :

--	--	--	--

Reçu le :

Cadre réservé aux services départementaux

Demande D'ALLOCATION DEPARTEMENTALE PERSONNALISEE D'AUTONOMIE

Prestation sollicitée : à Domicile ou en Accueil Familial en Etablissement
 1^{ère} demande Révision

DEMANDEUR : Mme, Mlle, M

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénoms :

CNIL - Commission Nationale Informatique et Liberté.

Les traitements relatifs à cette demande sont informatisés. Ils sont donc soumis aux dispositions de la Loi "Informatique et Liberté" du 6 janvier 1978 qui protège les droits et libertés individuelles. Conformément à l'article 27 de cette loi, les personnes auprès desquelles sont recueillies des informations nominatives, sont informées que :

1. Toutes les réponses aux différents questionnaires sont obligatoires. Un défaut de réponse entraînera des retards ou une impossibilité dans l'instruction du dossier.
2. Les destinataires des informations collectées sont exclusivement les administrations et organismes habilités à connaître des dossiers d'aide à domicile ou en établissement.
3. 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, selon la prestation dont vous bénéficiez en justifiant de votre identité, à : Monsieur le Président du Conseil général, 93006 Bobigny Cedex

DEMANDEUR

Mme Mlle M - Nom d'état civil :
 Prénom : Nom Marital :
 Né(e) le : à
 N° sécurité sociale :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Clé **(mention obligatoire)**
Ne pas omettre de renseigner la clé
 Nationalité : Française; Ressortissant de l'Union Européenne
 Autre :

Situation familiale : Célibataire; Veuf(ve); Divorcé(e); Marié(e); Concubin; Pacs
 Etes-vous retraité : NON; OUI - Régime de retraite principal :

Lieu de résidence **actuelle** du Demandeur

Nature : Maison de retraite; Service Long Séjour Hospitalier; Hébergement dans une famille d'accueil à titre onéreux; Foyer Logement; Hébergement chez un proche; Domicile Personnel
 Statut : Propriétaire; Locataire; Hébergé

Date d'Aménagement ou d'entrée dans le lieu de résidence :

Adresse du lieu de résidence :

Téléphone :

Lieu de résidence **antérieure** du Demandeur

Nature : Maison de retraite; Service Long Séjour Hospitalier; Hébergement dans une famille d'accueil à titre onéreux; Foyer Logement; Domicile personnel

Adresse du lieu de résidence :

Date de début : Date de fin :

Pour les personnes accueillies en établissement ou en famille d'accueil joindre :

- L'arrêté de tarification à demander à la Direction de l'établissement
 - Le bulletin de présence mentionnant la date d'entrée
 - Adresse du domicile antérieur à l'entrée en établissement.....
-

CONJOINT

Mme Mlle M - Nom d'état civil :
 Prénom : Nom Marital :
 Né(e) le : à
 N° sécurité sociale :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Clé
Ne pas omettre de renseigner la clé
 Le conjoint réside-t-il en établissement pour personnes âgées ? Oui Non
 En activité; Retraité - Régime de retraite principal :
 Lieu de résidence actuelle **si différente** de celle du demandeur :

SI LE DEMANDEUR BENEFICIE D'UNE MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE

Type de protection juridique : Sauvegarde de justice Curatelle Tutelle

Nom du tuteur ou de l'association chargée de la mesure :

.....

Adresse :

.....

Code postal : Commune :

Téléphone indispensable :

REFERENT (personne à joindre en cas d'urgence ou à contacter pour la visite d'évaluation à domicile)

Statut du référent : Conjoint, concubin Enfant Petit-Enfant Collatéral (Frère, sœur, neveu, nièce)
 Autres (préciser) :

Coordonnées du référent : M, Mme, Mlle :

.....

Code postal : Commune :

Téléphone :

PATRIMOINE IMMOBILIER DU FOYER

BIENS IMMOBILIERS DONT LE DEMANDEUR EST PROPRIETAIRE

Résidence Principale

Valeur Locative :

Occupé par : Demandeur; Conjoint; Enfant ou Petit enfant; Locataire; Vacant ou prêt gracieux

Adresse :

.....

Bien n° 2 - Bâti; Non Bâti

Valeur Locative :

Occupé par : Demandeur; Conjoint Enfant ou Petit enfant; Locataire; Vacant ou prêt gracieux

Adresse :

.....

Bien n° 3 - Bâti; Non Bâti

Valeur Locative :

Occupé par : Demandeur; Conjoint; Enfant ou Petit enfant; Locataire; Vacant ou prêt gracieux

Adresse :

.....

Au cas où le demandeur serait propriétaire de plus de 3 biens immobiliers, photocopier cette page et renseigner l'ensemble des biens bâtis et non bâtis.

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

Autres prestations ou allocations d'aide sociale dont le demandeur est ou a été déjà bénéficiaire

Prestations ou Allocations			Département payeur
Allocation Compensatrice pour Tierce Personne	Oui	Non	
Aide Ménagère Départementale	Oui	Non	
Aide Ménagère d'un Régime de Retraite	Oui	Non	
Prestation Spécifique Dépendance	Oui	Non	
Majoration tierce personne	Oui	Non	

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e), M ou Mme agissant :

en mon nom propre

en ma qualité de représentant de M ou Mme

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 prévues par la Loi (articles L 433-19, L 441-7, L 313-1 et L 313-3 du Code pénal).

Fait le..... à

Signature du demandeur ou de son représentant légal :

TRANSFERT DU DOSSIER

En cas de rejet de ma demande d'A.D.P.A. :

Je souhaite que mon dossier soit examiné en vue de l'attribution de l'Aide Ménagère et à cette fin, j'autorise sa transmission par le Département à mon régime de retraite.

Je ne souhaite pas que mon dossier soit examiné en vue de l'attribution de l'Aide Ménagère

Signature du demandeur ou de son représentant légal :

PIECES JUSTIFICATIVES

Pièces obligatoires à joindre **impérativement** au dossier de demande.

1. **Justificatif d'identité et de nationalité** : (*produire l'une des pièces énumérées si vous êtes de nationalité française ou ressortissant(e) d'un pays de l'Union Européenne*)

- ou photocopie du livret de famille,
- ou photocopie de la carte nationale d'identité,
- ou photocopie d'un passeport de l'Union Européenne.
- ou un extrait d'acte de naissance.

Si vous n'êtes pas ressortissant(e) d'un pays de l'Union Européenne produire :

- la photocopie du titre de séjour ou de la carte de résidence.

2. **Justificatifs de ressources** :

- Photocopie complète du dernier avis d'imposition ou de non-imposition sur le revenu,
- **Et** 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.

3. **Relevé d'Identité Bancaire ou Postal**

Pièce facultative

- Certificat médical du médecin traitant ou d'un médecin spécialiste de votre choix dans une enveloppe cachetée avec mention « Confidentiel – Secret médical ».