

<b>CADRE RÉSERVÉ AUX SERVICES DU DÉPARTEMENT</b>
N° Dossier : .....
Déposé le : .....
Complet le : .....
Admission le : .....
Rejet le : .....

NOM : .....
PRÉNOMS : .....
Adresse : .....
.....
N° ..... Rue ou Lieu-dit .....
Code postal ..... Ville .....
.....
Canton : .....
Tél. : .....
Résidez-vous en Ardèche depuis moins de 3 mois ?
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Précisez s'il s'agit :
<input type="checkbox"/> <sup>(1)</sup> du domicile
<input type="checkbox"/> <sup>(1)</sup> de l'accueil par un particulier à domicile
Adresse du conjoint, concubin, pacsé si elle est différente : .....
.....

(1) Cochez les cases correspondantes

<b>DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE A DOMICILE (A P A) (à compléter suivant la notice jointe)</b>
---

<b><u>ÉVENTUELLEMENT</u></b>
Tampon ou coordonnées de l'Association prestataire retenue par le bénéficiaire.

<b><u>Identité, adresse et n° de téléphone de la personne référente à contacter (enfant, parent, autre...) :</u></b> (Rubrique <b>1</b> de la notice jointe)
Nom .....
Prénom .....
Lien de parenté ou référent (exemple fils, fille, ou autre) .....
Adresse .....
.....
N° ..... Rue ou Lieu-dit .....
.....
Code postal ..... Ville .....
Tél. domicile : .....
Portable : .....

**DOSSIER A RETOURNER A**

**La Direction Territoriale d'Action Sociale dont vous dépendez**  
(adresse indiquée au dos du dossier)  
**au moyen de l'enveloppe retour à affranchir au tarif en vigueur.**

**A – Renseignements concernant le foyer**

Renseignements	Le demandeur	Le conjoint, ou le concubin ou pacsé
Nom, prénom		
Nom de jeune fille		
Date et lieu de naissance		
Nationalité (française, ressortissant de l'Union Européenne, autre)		
Situation de famille (marié(e), divorcé(e), veuf(ve), séparé(e), pacsé(e), concubin, célibataire).		
Régime de retraite principal		
Si conjoint en établissement, préciser le lieu		
N° de Sécurité Sociale		

**Changez-vous de résidence en cours d'année**

OUI

NON

Si oui, précisez les adresses successives (voir rubrique ② de la notice jointe) :

Périodes du au	Adresse	Code Postal	Commune	Département

**B – Renseignements concernant le patrimoine du demandeur et, le cas échéant, du conjoint, du concubin ou pacsé ne figurant pas dans l'avis d'imposition.**

– Complétez l'attestation sur l'honneur jointe «Déclaration du patrimoine dormant»

**Renseignements complémentaires**

Le demandeur fait-il l'objet d'une mesure de protection juridique (sauvegarde de justice, curatelle, tutelle) :

Oui  Non

Si oui, joindre la copie du jugement.

NOM, adresse et téléphone du tuteur ou de l'association chargée de la mesure :

.....

.....

.....

.....

Percevez-vous :

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

OUI	NON

Dans l'affirmative, joindre une photocopie de la notification de prise en charge.

NOM et ADRESSE de la caisse de retraite servant l'aide à domicile :

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

Précisez le nombre d'heures attribuées par mois : .....

**ATTENTION : l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) n'est cumulable avec aucune des aides mentionnées ci-dessus.**

Si vous le souhaitez, un médecin de votre choix peut assister à la visite à domicile réalisée par l'équipe médico-sociale.

Il vous appartiendra de le prévenir de la date et de l'heure de la visite quand elle vous sera notifiée.

Je soussigné(e), agissant en mon nom propre  / en ma qualité de représentant , certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus et déclare avoir pris connaissance de la notice explicative « APA à domicile ».

Je reconnais avoir pris connaissance des articles L 313-1 et suivants du Code Pénal énonçant les peines applicables aux personnes qui utilisent l'escroquerie pour percevoir ou de tenter de percevoir frauduleusement des prestations au titre de l'aide sociale.

**Tout changement de situation doit être signalé à la Direction Territoriale d'Action Sociale référente.**

Fait à ....., le .....

**Signature du demandeur ou de son représentant légal  
précédée de la mention manuscrite « Lu et approuvé »**

**LISTE DES PIECES JUSTIFICATIVES A JOINDRE IMPERATIVEMENT AU DOSSIER DE DEMANDE (voir rubrique**

**3** de la notice jointe) :

- La photocopie du livret de famille ou de la carte nationale d'identité ou d'un passeport de la Communauté Européenne ou d'un extrait de naissance ; ou s'il s'agit d'un demandeur de nationalité étrangère non ressortissant d'un des Etats Membres de l'Union Européenne, la photocopie de la carte de résidence ou du titre de séjour.
- La photocopie du dernier avis d'imposition ou de non imposition à l'impôt sur le revenu du demandeur, du conjoint, du concubin ou pacsé.
- Un relevé d'identité bancaire au nom du demandeur ou de son tuteur.
- L'attestation sur l'honneur de déclaration du patrimoine dormant ci-jointe.

**PIECES COMPLEMENTAIRES**

- Le certificat médical ci-joint rempli par votre médecin, à glisser dans l'enveloppe «Certificat médical».
- En cas de prestation d'aide à domicile financée par la caisse de retraite, fournir une photocopie de la notification de prise en charge délivrée par votre caisse de retraite.
- Plan d'accès à votre domicile dûment complété.

Dispositions relatives à la Loi du 6 janvier 1978.

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

Conformément à l'article 27 de la 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 tout renseignement complémentaire, il convient de vous adresser à Monsieur le Président du Département :

<b>DTAS NORD</b> Maison du Département d'Annonay Service Autonomie 10, rue de la Lombardière 07100 ANNONAY Tél : 04.75.32.97.08 pa.utn@ardeche.fr	<b>DTAS CENTRE</b> Service Autonomie 740, rue Jean Moulin 07500 GUILHERAND-GRANGES Tél : 04.75.44.83.03 paph.utc@ardeche.fr
<b>DTAS SUD-EST</b> Service Autonomie 15, rue du travail 07401 LE TEIL CEDEX Tél : 04.75.49.54.80 paph.utse@ardeche.fr	<b>DTAS SUD-OUEST</b> ANNEXE Service Autonomie 30, rue Albert Seibel 07200 AUBENAS Tél : 04.75.35.82.10 paph.utso@ardeche.fr