

N° de dossier :
Dossier réceptionné le :
Dossier complet le :

DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE EN ÉTABLISSEMENT

ÉTABLISSEMENT : Maison de retraite EHPAD USLD

Adresse, code postal et ville :

Première demande > Date d'entrée dans l'établissement : ____ / ____ / ____

Nouvelle demande > Date d'entrée dans l'établissement : ____ / ____ / ____

1/ LA SITUATION DU DEMANDEUR ET DE SON CONJOINT

> Le demandeur

Civilité : Madame Monsieur

Nom d'usage : _____ Prénom(s) : _____

Nom de naissance : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Lieu de naissance : _____ Département de naissance : _____

Numéro de sécurité sociale à 15 chiffres :

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

Caisse de retraite principale : _____

Situation du demandeur : Marié, PACS, en concubinage Célibataire
 Divorcé ou séparé Veuf

> Le conjoint (mariage, PACS ou concubinage)

Nom d'usage : _____ Prénom(s) : _____

Nom de naissance : _____

Préciser si le conjoint réside en établissement médico-social : Oui Non

Si la réponse est « **Oui** », préciser l'adresse complète de résidence du conjoint :

2/ LES COORDONNÉES DU DEMANDEUR

Numéro de téléphone : _____

Adresse e-mail : _____

Adresse, Code postal et ville de domicile du demandeur avant son entrée en établissement

Le demandeur résidait-il à cette adresse depuis plus de 3 mois avant son entrée en établissement ?

Oui

Non

Si la réponse est « **Non** », renseigner la résidence précédente du demandeur :

Adresse précédente du demandeur, code postal et ville :

Date d'arrivée ____ / ____ / _____ Date de départ ____ / ____ / _____

3/ LES MESURES DE PROTECTION

Le demandeur fait-il l'objet d'une mesure de protection ?

Oui

Non

Si la réponse est « **Oui** », préciser de quelle mesure il s'agit :

Sauvegarde de justice

Tutelle

Curatelle simple

Habilitation familiale

Curatelle renforcée

Mandat de protection future « activé »

Le mandataire ou l'organisme de protection juridique :

Nom du mandataire ou de l'organisme : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Numéro de téléphone : _____

Adresse e-mail : _____

4/ LA PERSONNE PROCHE À CONTACTER

Civilité : Madame

Monsieur

Nom : _____ Prénom(s) : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Numéro de téléphone : _____

Adresse e-mail : _____

Lien avec le demandeur : Conjoint Enfant Ami Voisin

Autre : _____

5/ LES PIÈCES JUSTIFICATIVES À JOINDRE OBLIGATOIREMENT AU DOSSIER DE DEMANDE

- Justificatif d'identité** (carte d'identité française ou d'un pays membre de la Communauté Européenne ou passeport ou livret de famille ou carte de résidence ou titre de séjour en cours de validité)
 - La photocopie du dernier avis d'imposition** ou de **non-imposition à l'impôt sur le revenu** (toutes les pages), ainsi que **de celui du conjoint / concubin / partenaire PACS**
 - L'arrêté de tarification de l'établissement** (si le demandeur est hébergé dans un établissement situé en dehors du Département d'Eure-et-Loir)
 - Le Relevé d'identité bancaire de l'établissement** (si le demandeur est hébergé dans un établissement situé en dehors du Département d'Eure-et-Loir)
 - Grille AGGIR signée du médecin coordonnateur**
 - Le certificat médical APA** en cas de demande de CMI (uniquement pour les demandeurs classés en GIR 3 et 4 selon la grille AGGIR du médecin coordonnateur)
 - Le bulletin de situation** précisant la date d'entrée dans l'établissement
- › **Si le demandeur est concerné :**
- La photocopie du **jugement de la mesure de protection**
 - La photocopie **du(des) dernier(s) avis de taxe foncière**

6/ LE NON CUMUL DES PRESTATIONS

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| L'APA à domicile | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| La MTP (Majoration pour aide constante d'une Tierce Personne) | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| L'ACTP (Allocation Compensatrice pour Tierce Personne) | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| La PCH (Prestation de Compensation du Handicap) | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| L'aide-ménagère versée par le Conseil départemental | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Les aides ménagères versées par les caisses de retraite | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

› **L'APA en établissement n'est pas cumulable avec ces prestations.**

7/ LA CARTE MOBILITÉ INCLUSION (CMI)

La carte mobilité inclusion donne des avantages aux personnes en situation de handicap et aux personnes âgées, notamment pour faciliter leurs déplacements. Il existe trois mentions de cette carte :

MENTION STATIONNEMENT	MENTION PRIORITÉ	MENTION INVALIDITÉ
Que le porteur de la CMI soit conducteur ou passager : Utilisation gratuite et sans limitation de durée de toutes les places de stationnement en accès libre (places pour personnes handicapées et tout public).	Place assise prioritaire dans les transports en commun, les salles d'attente ainsi que dans les établissements et les manifestations accueillant du public.	Avantages de la CMI mention priorité : + Réductions dans les transports, + Une demi-part supplémentaire pour le calcul de l'impôt sur le revenu (soumis à conditions).

- Le demandeur souhaite-t-il une CMI mention Priorité ou Invalidité ? oui non
- Le demandeur souhaite-t-il une CMI mention Stationnement ? oui non
- Le demandeur souhaite-t-il renouveler sa carte d'invalidité, de priorité ou de stationnement ? oui non

8/ LA SIGNATURE DU DEMANDEUR OU DE SON REPRÉSENTANT LÉGAL, ET DE L'ÉTABLISSEMENT

Je soussigné(e) : Madame Monsieur

Nom : _____ Prénom(s) : _____

Agissant : _____

En mon nom propre

En qualité de représentant légal de :

certifie exacts et complets les renseignements fournis dans le cadre de cette demande.

Je m'engage à déclarer toute évolution de ma situation. Je suis informé que toute fausse déclaration ou falsification de document, toute obtention usurpée d'un droit m'exposerait à des sanctions pénales et financières prévues par la loi. Je donne mon consentement pour que ces données fassent l'objet d'un traitement informatique.

Fait à : _____ Le : _____

Signature : _____

Cachet, date et
signature de l'établissement : _____

Dossier à retourner à :



Direction de l'Autonomie
Maison Départementale de l'Autonomie
57 bis rue du Docteur Maunoury- CS 41102
28008 CHARTRES Cedex
Tél : 02 37 33 46 46

DISPOSITIONS RELATIVES A LA LOI DU 6 JANVIER 1978 MODIFIEE EN 2004
Conformément à la loi n°78-17 du 6/01/1978 modifiée, vous pouvez obtenir communication, rectification ou le cas échéant suppression des informations vous concernant en vous adressant par courrier à la MDA d'Eure-et-Loir