Eure-et-Loir MDA

Réservé à l'administration

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
☐ Curatelle simple
☐ Curatelle renforcée
☐ Tutelle
☐ Habilitation familiale
☐ 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	☐ oui	☐ non
La MTP *(Majoration pour aide constante d'une Tierce Personne)*	☐ oui	☐ non
L'ACTP *(Allocation Compensatrice pour Tierce Personne)*	☐ oui	☐ non
La PCH *(Prestation de Compensation du Handicap)*	☐ oui	☐ non
L'aide-ménagère versée par le Conseil départemental	☐ oui	☐ non
Les aides ménagères versées par les caisses de retraite	☐ oui	☐ 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 :

Eure-et-Loir MDA

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

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par la Maison départementale de l'autonomie afin de déterminer les prestations auxquelles vous avez droit. La base légale du traitement est le respect d'une obligation légale (article R232-41 du code de l'action sociale et des familles). Les données collectées seront communiquées au service gestionnaire et, si nécessaire, aux prestataires de la Maison départementale de l'autonomie, uniquement dans le cadre du traitement de votre dossier. Les données sont conservées pendant 6 ans après la cessation du droit à la prestation. Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données. Consultez le site cnil.fr pour plus d'informations sur vos droits. Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter la Maison départementale de l'autonomie (voir coordonnées ci-dessus) ou, à défaut, notre délégué à la protection des données à l'adresse dpo@mda28.fr. Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.