

**Demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)
en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
(EHPAD)**

Demandeur : Madame Monsieur

Nom : Prénom(s) :

Nom de naissance (*si différent*) : Date de naissance :

Lieu de naissance : Nationalité :

Situation familiale : marié(e) concubin(e) pacsé(e) veuf ou veuve célibataire divorcé(e)

N° sécurité sociale : clé

Adresse mail : Téléphone :

Le demandeur est-il sous-tutelle ou curatelle ? Oui Non

Si oui, précisez le nom du responsable légal :

Adresse :

Adresse mail : Téléphone :

Votre Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)

Nom de votre EHPAD :

Adresse :

Code postal : Ville :

Date d'entrée dans l'EHPAD :

Adresse de votre domicile avant d'entrer en EHPAD :

.....

Code postal : Ville :

Conjoint, concubin, pacsé : Madame Monsieur

Nom : Prénom(s) :

Nom de naissance (*si différent*) : Date de naissance :

Lieu de naissance : Nationalité :

N° sécurité sociale : clé

Adresse mail : Téléphone :

Résidence actuelle du conjoint, concubin, pacsé

Type Domicile Accueil familial agréé Résidence Autonomie ou petite unité de vie
 Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

Adresse :

Code postal : Ville :

Autre personne à contacter (à noter : en cas de tutelle, seul le tuteur recevra les courriers)

Nom : Prénom(s) :

Nom de naissance (si différent) : Date de naissance : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

Adresse postale :

Adresse mail : Téléphone : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

Lien avec le demandeur : Portable : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

Souhaitez-vous que les courriers soient adressés à cette personne ? Non Oui

Autres aides déjà perçues. Si vous bénéficiez déjà d'une aide, précisez :

Aides	Organisme financeur
Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP)	
Prestation de Compensation du Handicap (PCH)	
Majoration pour tierce personne (MTP ou PC RTP)	
Prise en charge d'une aide-ménagère à domicile	

Revenus et patrimoine

- Vous êtes propriétaire d'un ou plusieurs biens immobiliers bâtis Oui Non
Si oui, votre résidence principale est occupée par :
 Vous et/ou votre conjoint Vos Enfant(s) ou petit(s)enfant(s) Autre personne Inoccupée
- Vous êtes bénéficiaire d'une rente issue d'un placement pour se prémunir contre la perte d'autonomie Oui Non

Demande de Carte Mobilité Inclusion (C.M.I.)

Souhaitez-vous :

- Bénéficiaire d'une CMI Invalidité ou Priorité* Non Oui
- Bénéficiaire d'une CMI Stationnement Non Oui
- Renouveler votre CMI Non Oui

* vous ne pouvez pas choisir entre les mentions « invalidité » ou « priorité » ; seule l'une des mentions est accordée si vous remplissez les conditions médicales.

Signature :

- Je certifie sur l'honneur l'exactitude de tous les renseignements figurants sur le présent dossier, avoir pris connaissance des sanctions encourues en cas de fausse déclaration et m'engage à fournir toutes les pièces justificatives qui me seraient demandées.
- Je m'engage à signaler tout changement de situation (changement d'EHPAD, retour à domicile...)
- J'autorise le Département à transmettre sa décision aux organismes concernés

Nom du signataire :

Le |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

Signature

Demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)

Pièces à joindre au dossier (merci de ne pas agraffer vos documents) :

- Copie recto-verso d'une **pièce d'identité** (carte d'identité, livret de famille, passeport de l'union européenne). Si le demandeur est ressortissant d'un pays hors Union européenne, copie recto-verso de son titre de séjour ou de sa carte de résidence.
- Copie recto-verso du dernier **avis d'imposition** sur les revenus
- Copie recto-verso du dernier **avis d'imposition** sur les revenus du conjoint, concubin ou personne avec laquelle vous avez conclu un PACS.
- **Relevé d'identité bancaire** au nom du demandeur (hors compte d'épargne).
- Copie recto-verso du ou des derniers relevés des **taxes foncières**
- Copie de la mesure de protection (**jugement de tutelle**)
- Copie du **bulletin de présence** en établissement

Mentions d'information relatives aux données à caractère personnel du demandeur et de son conjoint

Le Département de l'Isère est Responsable du traitement n° 08.02.01.01, destiné à gérer l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

Les informations collectées, fournies par vos soins sur ce formulaire, font l'objet d'un traitement informatique auquel vous consentez, *car ce dispositif relève de la base légale « mission d'intérêt public » (Décret n° 2017-880 du 9 mai 2017).*

Toutes les informations demandées sont obligatoires (tout défaut de réponse peut entraîner l'impossibilité de traiter votre demande).

Les informations collectées sont utilisées par les services de la collectivité et par les partenaires institutionnels chargés du dispositif.

Les données à caractère personnel sont conservées *6 ans après la sortie du dispositif.*

Conformément au Règlement Général de Protection des Données (RGPD) et à la loi informatique et libertés modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de limitation ou d'opposition des informations qui vous concernent. Pour exercer ces droits, vous devez adresser votre demande, en justifiant de votre identité, par mail (dpo@isere.fr) ou par voie postale (Département de l'Isère, Déléguee à la Protection des Données (DPO), CS 41096, 38022 Grenoble Cedex 1). En cas de non réponse dans les délais légaux, vous pourrez introduire une réclamation auprès de la CNIL (3 Place Fontenoy, TSA 80715, 75334 Paris cedex www.cnil.fr).

