

DOCUMENTS A FOURNIR

(le dossier de demande d'APA ne pourra être déclaré complet que si les documents cités ci-dessous sont joints à la demande)

PAR TOUS LES DEMANDEURS :

- Photocopie de votre livret de famille ou de votre carte nationale d'identité ou de votre passeport de communauté européenne ou de votre extrait de naissance
- OU s'il s'agit d'un demandeur de nationalité étrangère : la photocopie de votre carte de résidence ou de votre titre de séjour
- photocopie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition sur le revenu
- un relevé d'identité bancaire ou postal (original)
- photocopie de la carte d'assuré(e) social à jour des droits.
- la photocopie du dernier relevé de la taxe foncière sur les propriétés bâties et sur les propriétés non bâties ou attestation sur l'honneur.
- certificat médical dûment complété par le Médecin traitant (joint au présent dossier) à nous retourner sous pli fermé à l'aide de l'enveloppe ci-jointe.
- relevé de capitaux placés imposables ou non (pour les demandes à domicile uniquement)

LE CAS ECHEANT :

- tous documents attestant des moyens d'existence : fiches de paie, talons de pensions, relevés annuels des organismes payeurs, rentes, allocations, relevés annuels des organismes payeurs, revenus de capitaux mobiliers, immobiliers.
- jugement concernant la protection juridique.

EN COMPLEMENT POUR LES DEMANDEURS EN ETABLISSEMENT :

- attestation de présence précisant la date d'entrée
- photocopie de l'arrêté de tarification de l'établissement si l'établissement n'est pas en Haute Corse
- certificat médical établi par le Médecin de l'établissement.

DISPOSITIONS RELATIVES A LA LOI DU 6 JANVIER 1978

Les traitements relatifs à cette demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie sont informatisés. Ils sont donc soumis aux dispositions de la loi informatique et libertés du 06 janvier 1978 qui protège les droits et libertés individuels.

Conformément à l'article 27 de cette loi, les personnes auprès desquelles sont recueillies des informations nominatives, sont informées que :

1. les destinataires des informations collectées sont exclusivement les administrations et organismes habilités à connaître des dossiers de demande d'allocation personnalisée d'autonomie,
2. 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, en justifiant de votre identité, à :

Monsieur le Président du Conseil Général de la Haute Corse
 Direction des Interventions Sociales et Sanitaires
 Allocation Personnalisée d'Autonomie
 Rond-Point du Général Leclerc
 20405 BASTIA CEDEX
 Tél. : 04.95.55.07.38

DEPARTEMENT DE LA HAUTE - CORSE
 DIPARTIMENTU DI U CISMONTE



A. P.A

ALLOCATION PERSONNALISEE
D'AUTONOMIE

DOMICILE

ETABLISSEMENT

M Mme Mlle

Nom de naissance :

Prénom(s) :

Nom usuel :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

Tél. :

(cadre réservé à l'administration)

Date de la demande :

Date d'arrivée :

Dossier déclaré complet le :

N° DE DOSSIER :

Ce dossier est à renvoyer dûment complété à :
DEPARTEMENT DE LA HAUTE CORSE
 Direction des Interventions Sociales et Sanitaires
 Allocation Personnalisée d'Autonomie
 Rond-Point du Général Leclerc
 20405 BASTIA CEDEX
 Tél. : 04.95.55.55.55

A - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DEMANDEUR :

	LE DEMANDEUR	LE CONJOINT OU LA PERSONNE VIVANT MARITALEMENT
Nom marital (pour les femmes)		
Prénom (s)		
date et lieu de naissance		
N° de Sécurité Sociale		
Nationalité		
Date arrivée en France		
Situation de famille		
Régime de retraite principal		
LES RESSOURCES ANNUELLES		
Pensions et retraites		
Allocations diverses		
Revenus du capital mobilier et immobilier		
Salaire ou bénéfice déclaré		
TOTAL ANNUEL		
SITUATION DU CONJOINT		

ADRESSE ACTUELLE DU DEMANDEUR	RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES
<p>Précisez s'il s'agit :</p> <input type="checkbox"/> du domicile <input type="checkbox"/> de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées <input type="checkbox"/> de l'accueil par un particulier à domicile et à titre onéreux dans le cadre de la loi du 10 juillet 1989. <p>ADRESSE :</p>	<p>Habitation : <input type="checkbox"/> propriétaire <input type="checkbox"/> locataire</p> <p>Nombre de pièces (hors cuisine et salle de bains) :</p> <p>Surface habitable : m²</p>
<p>ADRESSES PRECEDENTES (avec dates d'arrivée et dates départ) ne remplir que si l'intéressé est en établissement</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>AUTRES RENSEIGNEMENTS</p> <p>- Mentionnez le cas échéant si vous faites l'objet d'une mesure de :</p> <input type="checkbox"/> sauvegarde de justice <input type="checkbox"/> tutelle <input type="checkbox"/> curatelle <p>Nom et adresse du tuteur ou de l'association chargée de la gestion des biens :</p>

B - PATRIMOINE DU FOYER ET MONTANT D'IMPOSITION

BIENS IMMOBILIERS (adresse, valeur, superficie, références cadastrales)			
TOTAL		TOTAL	

C - HISTORIQUE

Percevez - vous (ou votre conjoint) :

- l'allocation compensatrice pour tierce personne oui - non Montant :
- la prestation spécifique dépendance oui - non Montant :
- l'aide ménagère au titre de l'aide sociale oui - non Nombre d'heures :
- l'aide ménagère versée par les caisses de retraite oui - non Nombre d'heures :

Attention : L'allocation personnalisée d'autonomie n'est cumulable ni avec la prestation spécifique dépendance, ni avec l'allocation compensatrice pour tierce personne, ni avec la majoration pour aide constante d'une tierce personne, ni avec la prestation d'aide ménagère à domicile.

D - TIERS REFERENT

LE TIERS REFERENT EST LA PERSONNE A LAQUELLE LE SERVICE POURRA S'ADRESSER EN CAS DE BESOIN DE RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

NOM :

Prénom :

Adresse :

N° téléphone : Domicile :

Travail :

Portable :

Lien de parenté éventuel avec le demandeur :

Je soussigné(e), agissant en mon nom propre ou en ma qualité de représentant de certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci dessus.

Signature du demandeur,

Signature du tiers référent,

Fait à le