

Direction Générale Adjointe des Affaires Sociales et Sanitaires
Direction de l'autonomie
Service des prestations sociales aux personnes âgées

DOSSIER de demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie en Etablissement

NATURE DE LA DEMANDE

- 1^{ère} demande
 Révision

Établissement : Date d'entrée /..... /.....

Bénéficiez-vous par ailleurs de l'aide sociale à l'hébergement ? OUI NON

Si non, avez-vous déposé une demande d'aide sociale à l'hébergement ? OUI NON

DEMANDEUR

NOM :

PRENOM(S) :

DATE DE NAISSANCE : /..... /.....

CADRE RESERVÉ À L'ADMINISTRATION

Date de dépôt du dossier	Dossier déclaré complet le :

DOSSIER N°

Ce dossier est à renvoyer dûment complété à l'adresse suivante :

U Presidente di u Cunsigliu esecutivu di Corsica
Dirizzioni Ghjinarali Aghjunta di l'Affari
Suciali è Sanitarii
22, corsu Grandval – BP 215
20187 AIACCIU CEDEX 1

Monsieur le Président du Conseil exécutif de Corse
Direction Générale Adjointe des Affaires
Sociales et Sanitaires
22, cours Grandval – BP 215
20187 AJACCIO CEDEX 1

PRESTATIONS SOCIALES

Aucune de ces prestations n'est cumulable avec l'allocation personnalisée d'autonomie.

Percevez-vous ?

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| - La majoration pour aide constante d'une tierce personne (MTP) : | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - La prestation complémentaire pour recours à tierce personne (PC RTP) : | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - L'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) : | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - La prestation de compensation du handicap (PCH) : | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - L'aide-ménagère versée par les caisses de retraite : | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - L'aide-ménagère au titre de l'aide sociale : | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE REVENU ET LE PATRIMOINE DU FOYER

L'appréciation des ressources permettant le calcul de votre participation s'effectuera principalement à partir de votre dernier avis d'imposition ou de non-imposition à l'impôt sur le revenu et du relevé de la taxe foncière sur les propriétés bâties et non bâties.

Avez-vous des ressources ne figurant pas dans l'avis d'imposition ou de non-imposition sur le revenu ?
Avez-vous des revenus soumis au prélèvement libératoire en application de l'article 125-O A et 125-D du Code général des impôts ?

Pour le demandeur

Oui Non

Si oui, montant annuel :

Pour le, la conjoint(e),
concubine(e), partenaire de Pacs

Oui Non

Si oui, montant annuel :

PATRIMOINE DORMANT

Il s'agit des biens et capitaux qui ne sont ni placés ni exploités.

Avez-vous des biens immobiliers (à l'exception de la résidence principale lorsqu'elle est occupée par l'intéressé(e), son,sa conjoint(e), concubine(e) ou partenaire de Pacs, ses enfants ou petits-enfants) ?

Pour le demandeur

Oui Non

Si OUI, fournir le dernier relevé de la taxe foncière de chaque bien immobilier relevant du patrimoine dormant

Pour le, la conjoint(e),
concubine(e), partenaire de Pacs

Oui, Non

Si OUI, fournir le dernier relevé de la taxe foncière de chaque bien immobilier relevant du patrimoine dormant

Avez-vous des biens mobiliers et capitaux non placés (dont Assurance-vie) ?

Pour le demandeur

Oui Non

Si OUI, fournir les justificatifs (par exemple, le relevé annuel d'Assurance-vie, le cas échéant)

Pour le, la conjoint(e),
concubine(e), partenaire de Pacs

Oui Non

Si OUI, fournir les justificatifs (par exemple, le relevé annuel d'Assurance-vie, le cas échéant)

ABSENCE D'INSCRIPTION A LA MATRICE CADASTRALE

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

NOM :

PRENOM(S) :

Adresse :

Code postal : |_|_|_|_|_| Commune :

atteste sur l'honneur ne pas être propriétaire de biens immobiliers au jour du dépôt de la demande d'allocation personnalisée d'autonomie.

Fait à

Le / /

Signature

CARTE MOBILITE INCLUSION (CMI)

Si l'APA vous est accordée au titre du GIR 1 ou 2, vous pouvez bénéficier sans autre condition et à titre définitif de la CMI (article L.241-3 et article R.232-24 du CASF).

Si vous souhaitez la demander, cochez l'une des cases suivantes :

Mention invalidité Mention priorité Mention stationnement pour personnes handicapées

SIGNATAIRE DU DOSSIER DE DEMANDE

Je soussigné(e), agissant en mon nom propre ou en ma qualité de représentant légal désigné par le juge des tutelles*, ou en ma qualité de tiers référent au dossier désigné par le demandeur*, certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements et des pièces justificatives fournis à l'appui du présent dossier.

Fait à

Le / /

Signature

*Rayer la mention inutile

IDENTIFICATION DU DEMANDEUR

	Le demandeur	Le, la conjoint(e) / concubin(e)/partenaire de Pacs
Nom d'usage ou marital		
Nom de naissance		
Prénom(s)		
Date et lieu de naissance		
Nationalité	<input type="checkbox"/> Française <input type="checkbox"/> Union européenne <input type="checkbox"/> Autre nationalité	<input type="checkbox"/> Française <input type="checkbox"/> Union européenne <input type="checkbox"/> Autre nationalité
N° de sécurité sociale		
Régime de retraite principal		
Régime(s) de retraite complémentaire(s)		
Relevez-vous d'un régime d'assurance maladie obligatoire d'un Etat membre de l'Union européenne ou faisant partie de l'Espace économique européen, autre que la France, ou de la Confédération suisse ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Situation familiale <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Vie Maritale <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve)		
Précisez si votre conjoint(e), concubin(e) ou partenaire de Pacs réside : <input type="checkbox"/> à votre domicile <input type="checkbox"/> en structure d'hébergement S'il ne réside pas à votre domicile, indiquez ses coordonnées :		
Précisez sa situation professionnelle : <input type="checkbox"/> En activité <input type="checkbox"/> Retraité <input type="checkbox"/> Invalidité		

ADRESSE ACTUELLE DU DEMANDEUR

Adresse :
 Code postal : | _ | _ | _ | _ | Commune :
 Téléphone : | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | Courriel :@.....

A COMPLETER OBLIGATOIREMENT

Date d'arrivée à l'adresse mentionnée : / /

Précisez s'il s'agit de votre domicile personnel : OUI NON

Etes-vous :
 Propriétaire
 Locataire
 Hébergé gratuitement

ou
 Précisez s'il s'agit :
 d'une résidence autonomie
 d'une famille d'accueil agréée*
 d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées

Date d'entrée : / /
 Date d'entrée : / /
 Date d'entrée : / /

*S'agissant du domicile d'un particulier accueillant à titre onéreux dans le cadre de la loi du 10 juillet 1989

ADRESSE ANTERIEURE DU DEMANDEUR

Si vous résidez dans une résidence autonomie, une famille d'accueil agréée, un établissement d'hébergement pour personnes âgées :

Indiquez l'adresse du domicile antérieur :

.....

VOS REFERENTS ADMINISTRATIFS OU FAMILIAUX

FAITES-VOUS L'OBJET D'UNE MESURE DE PROTECTION ?

oui non en cours ¹

Si oui, quel type ? Sauvegarde de justice Curatelle Tutelle Habilitation familiale ²
 Mandat de protection future ³ actif ⁴ non actif

Nom et prénom du représentant légal ou organisme chargé de la gestion de la mesure :

Coordonnées complètes :

AVEZ-VOUS UN TIERS REFERENT ADMINISTRATIF ? oui non

Si oui,

NOM :

PRENOM(S) :

Nature de votre lien (enfant, conjoint, ami, voisin) :

Précisez lequel :

Adresse :

Code postal : | _ | _ | _ | _ | Commune :

Téléphone : | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | Courriel :@.....

Autorisez-vous le service instructeur de la Collectivité de Corse à lui adresser les courriers relatifs à votre allocation ?

Oui Non

PARTIE A REMPLIR PAR LA PERSONNE DESIGNEE :

Je m'engage à être le correspondant du dossier pour :

- La complétude de la demande avant la décision,
- Les renseignements complémentaires à fournir à l'occasion de la gestion du suivi du dossier,
- Le cas échéant, prévenir le Président du Conseil exécutif de Corse de mon indisponibilité temporaire ou du souhait de mettre fin à mes fonctions de tiers référent dans un délai raisonnable.

Fait à

Le / /

Signature du tiers

¹ Demande d'ouverture de protection juridique effectuée.

² L'habilitation familiale permet à un proche (descendant, ascendant, frère ou sœur, époux ou épouse, concubin, partenaire de Pacs) de solliciter l'autorisation du juge pour représenter une personne qui ne peut pas manifester sa volonté. (Code civil, articles 494-1 à 494-12).

³ Toute personne majeure ou mineure émancipée (mandant) ne faisant pas l'objet d'une mesure de tutelle ou d'une habilitation familiale peut désigner à l'avance une ou plusieurs personnes (mandataire) pour la représenter. Le jour où le mandant ne sera plus en état, physique ou mental, de pourvoir seul à ses intérêts, le mandataire pourra protéger les intérêts personnels et/ou patrimoniaux du mandant. (Code civil articles 477 à 488).

⁴ Le mandat prend effet (actif) lorsqu'il est établi que le mandant ne peut plus pourvoir seul à ses intérêts. Cette impossibilité doit être médicalement constatée. Tant que le mandat n'a pas pris effet (non actif), il est possible de l'annuler ou le modifier. Le mandataire, quant à lui peut toujours renoncer à la mission qui lui est confiée.

LISTE DES PIÈCES À FOURNIR

Toute demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) en établissement doit être obligatoirement accompagnée des documents suivants :

POUR TOUTE PREMIÈRE DEMANDE :

1. Si vous êtes français ou assimilé ou de la Communauté Européenne :
Copie Livret de famille ou carte d'identité nationale ou passeport de la communauté européenne ou un extrait d'acte de naissance.
2. Si vous êtes de nationalité étrangère (hors Communauté Européenne) :
Copie de la Carte de résident en cours de validité (recto/verso) ;
Copie du Titre de séjour en cours de validité (recto/verso) ;
3. Copie de l'avis d'imposition ou de non-imposition à l'impôt sur le revenu, toutes les pages (recto/verso) et le cas échéant du, de la conjoint(e), concubin(e), partenaire de Pacs ou celui sur lequel le demandeur figure à charge.
Pour une demande déposée entre janvier et août de l'année N : joindre l'avis d'imposition de l'année N-2 ;
Pour une demande déposée entre septembre et décembre de l'année N : joindre l'avis d'imposition de l'année N-1.
4. Copie du dernier relevé des taxes foncières sur les propriétés bâties et non bâties, toutes les pages (recto/verso).
5. Copie de la mesure de protection judiciaire, le cas échéant.
6. Relevé d'Identité Bancaire (RIB) ou postal (RIP) avec code IBAN, en deux exemplaires au NOM et PRENOM du demandeur.
7. Bulletin de situation de l'établissement.
8. Grille AGGIR complétée par le médecin coordonnateur de l'établissement.
9. Si le département ou la collectivité territoriale à statut particulier à qui incombe la prise en charge de l'APA en établissement n'est pas le département où le demandeur réside, joindre au dossier de demande l'arrêté de tarification de l'établissement, le RIB de l'établissement, le numéro de SIRET.
Il appartient au directeur de l'établissement de fournir ces pièces.

POUR TOUTE REVISION :

1. Copie de l'avis d'imposition ou de non-imposition à l'impôt sur le revenu, toutes les pages (recto/verso) et le cas échéant du, de la conjoint(e), concubin(e), partenaire de Pacs ou celui sur lequel le demandeur figure à charge.
Pour une révision déposée entre janvier et août de l'année N : joindre l'avis d'imposition de l'année N-2 ;
Pour une révision déposée entre septembre et décembre de l'année N : joindre l'avis d'imposition de l'année N-1.
2. Bulletin de situation de l'établissement
3. Grille AGGIR complétée par le médecin coordonnateur de l'établissement

Dispositions législatives et réglementaires Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)

CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES (CASF)

Article L232-1

Toute personne âgée résidant en France qui se trouve dans l'incapacité d'assumer les conséquences du manque ou de la perte d'autonomie liées à son état physique ou mental a droit à une allocation personnalisée d'autonomie permettant une prise en charge adaptée à ses besoins.
Cette allocation, définie dans des conditions identiques sur l'ensemble du territoire national, est destinée aux personnes qui, nonobstant les soins qu'elles sont susceptibles de recevoir, ont besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou dont l'état nécessite une surveillance régulière.

Article L232-2

L'allocation personnalisée d'autonomie, qui a le caractère d'une prestation en nature, est accordée, sur sa demande, dans les limites de tarifs fixés par voie réglementaire, à toute personne attestant d'une résidence stable et régulière et remplissant les conditions d'âge et de perte d'autonomie, évaluée à l'aide d'une grille nationale, également définie par voie réglementaire.

Article L 232.19

L'allocation personnalisée d'autonomie ne fait l'objet d'aucun recours en récupération sur succession, donation ou legs.

REGLEMENT DES AIDES ET DES ACTIONS SOCIALES ET MEDICO-SOCIALES DE LA COLLECTIVITE DE CORSE

Les droits à l'APA en établissement sont ouverts à compter de la date de dépôt du dossier réputé complet.

L'APA peut être également révisée à tout moment en cas de modification de la situation personnelle du bénéficiaire, à la demande de ce dernier ou de son représentant légal, ou à l'initiative du Président du Conseil exécutif de Corse.

Toute modification de l'allocation en cours de droit, notamment les révisions administratives, s'analyse comme une nouvelle décision, qui abroge et remplace la précédente expressément.

INFORMATIQUE ET LIBERTES

Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, l'intéressé(e) bénéficie d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui le(la) concernent, qu'il(elle) peut exercer en s'adressant à Monsieur le Président du conseil exécutif de Corse, Hôtel de la Collectivité de Corse - 22, cours Grandval BP 215 - 20187 Ajaccio cedex 1.

Le(la) postulant(e) peut également, pour des motifs légitimes, s'opposer au traitement des données le(la) concernant.

VERIFICATION DES DECLARATIONS

Pour vérifier les déclarations des intéressés et s'assurer de l'effectivité de l'aide qu'ils reçoivent, les services chargés de l'évaluation des droits à l'allocation personnalisée d'autonomie et du contrôle de son utilisation peuvent demander toutes les informations nécessaires aux administrations publiques, notamment aux administrations fiscales, aux collectivités territoriales, aux organismes de sécurité sociale et de retraite complémentaire qui sont tenus de les leur communiquer. Lesdites informations doivent être limitées aux données nécessaires à l'identification de la situation du demandeur en vue de l'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie et au contrôle de l'effectivité de l'aide, en adéquation avec le montant d'allocation versé. Elles sont transmises et utilisées dans des conditions garantissant leur confidentialité (Article 232-16 du CASF).

LA FRAUDE AUX PRESTATIONS SOCIALES

Le fait de se faire délivrer indûment par une administration publique ou par un organisme chargé d'une mission de service public, par quelque moyen frauduleux que ce soit, un document destiné à constater un droit, une identité ou une qualité ou à accorder une autorisation est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende (Article 441-6 du Code Pénal).

LA PROTECTION DES DONNEES

Est puni des mêmes peines le fait de fournir sciemment une fausse déclaration ou une déclaration incomplète en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir, de faire obtenir ou de tenter de faire obtenir d'une personne publique, d'un organisme de protection sociale ou d'un organisme chargé d'une mission de service public une allocation, une prestation, un paiement ou un avantage indu.

La base légale du traitement de ce dossier est celle de la mission d'intérêt public au sens du Code de l'action sociale et des familles, dans son Chapitre II : Allocation personnalisée d'autonomie (Articles L232-1 à L232-28).

L'unique destinataire des données renseignées dans ce dossier est la Direction de l'autonomie de la Collectivité de Corse qui les conservera archivées jusqu'à 6 ans après la cessation du droit du demandeur à bénéficier de cette prestation.

Les personnes concernées disposent d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement ou de limitation du traitement ainsi que d'opposition. Pour exercer ces droits, contactez la déléguée à la protection des données à l'adresse électronique suivante : donneespersonnelles@isula.corsica