

## 7 PIÈCES À FOURNIR POUR L'APA EN ÉTABLISSEMENT

- Un 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)
- Le relevé d'identité bancaire (RIB) au nom du demandeur
- 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

### Si le demandeur est concerné:

- La photocopie du jugement de la mesure de protection
- La photocopie du (des) dernier(s) avis de taxe foncière

## 8 LA SIGNATURE DU DEMANDEUR OU DE SON REPRESENTANT

Je soussigné(e) :  Madame  Monsieur

Nom, Prénom : \_\_\_\_\_

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 :

\*Mentions d'information pour le formulaire de demande d'APA en établissement:

La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux informations figurant dans ce formulaire.

Les informations recueillies permettent :

- aux agents habilités des services départementaux du département du Cher, de traiter votre demande relative à l'octroi d'une Allocation Personnalisée d'Autonomie, d'une Aide sociale selon les modalités précisées dans le règlement départemental d'aide sociale voté par l'Assemblée départementale en la délibération n°38/2020 en date du 11 février 2020, du Conseil départemental du Cher.

- au payeur départemental du Cher de verser l'aide attribuée

- aux autorités de contrôle des collectivités territoriales de réaliser leur contrôle

Un défaut de réponse entraînera des retards ou une impossibilité dans l'instruction du dossier. En fournissant les réponses, vous consentez à ce que les agents des services mentionnés ci-dessus puissent effectuer le traitement de ces informations dans le cadre des objectifs préalablement énoncés.

Les données personnelles sont conservées pendant la durée n'excédant pas celle nécessaire au regard de leurs objectifs. Elles sont traitées dans la limite des délais de prescription applicables.

Vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation, de portabilité de vos données, d'un droit d'opposition au traitement de celles-ci ainsi que le droit à tout moment de retirer votre consentement. Pour ce faire, la demande doit être adressée au Délégué à la protection des données - Conseil départemental du Cher - Hôtel du Département - 1 Place Marcel Plaisant - CS n°30322 - 18023 BOURGES CEDEX ou via la rubrique « contact » sur <https://www.departement18.fr/>.

Les réclamations relatives à la protection de vos données sont à adresser auprès de la CNIL.



NOM : .....

PRÉNOM : .....

PRÉVENTION, AUTONOMIE ET VIE SOCIALE

Direction Autonomie Personnes Âgées

Personnes Handicapées - MDPH

Pyramides du Conseil départemental

7 route de Guerry

18000 BOURGES

\* \* \*

Tél 02 48 27 31 31 - Fax 02 48 27 31 54

## DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE EN ÉTABLISSEMENT HORS DÉPARTEMENT (APA en établissement) D'UNE PERSONNE DE SOIXANTE ANS OU PLUS

Cocher la case correspondante

1<sup>ère</sup> Demande

Nouvelle demande

Renouvellement

Nom de l'établissement accueillant le demandeur : .....

Adresse : .....

N° de téléphone : .....

Date d'entrée dans l'établissement :

Précisez s'il s'agit :

d'un EHPAD

d'un USLD



## 1 LA SITUATION DU DEMANDEUR ET SON CONJOINT

Si le demandeur est en couple (mariage, PACS ou concubinage), les ressources de son conjoint sont prises en compte dans le calcul de l'aide. Il est donc nécessaire de renseigner les informations le concernant.

	LE DEMANDEUR	LECONJOINT OU LA PERSONNE VIVANT MARITALEMENT
NOM		
NOM DE NAISSANCE		
Prénom		
Date et lieu de naissance		
Nationalité (Française, ressortissant de l'Union Européenne, autre)		
Date arrivée en France (pour les étrangers)		
Situation de famille (célibataire, marié(e), divorcé(e), veuf(ve), vie maritale, PACS)		
Régime de retraite principal (caisse auprès de laquelle vous avez cotisé le plus longtemps)		

## 2 HISTORIQUE DES ADRESSES DU DEMANDEUR ET SON CONJOINT

Adresse précédente, avant l'entrée en établissement : .....

Date d'arrivée à cette adresse : .....

Adresse de résidence actuelle du conjoint : .....

## 3 LA PERSONNE À CONTACTER

◆ Coordonnées de la personne référente à contacter pour le dossier :

Nom, Prénom : .....

Adresse : .....

N° Téléphone : .....

Lien de parenté : .....

Mail : .....

## 4 LES MESURES DE PROTECTION

◆ Bénéficiez-vous d'une mesure de protection juridique ?

Oui, laquelle :  Sauvegarde de justice  Tutelle  Curatelle  
 Habilitation familiale  Mandat de protection future

Non

En Cours

**Si oui, le mandataire ou l'organisme de protection juridique:**

Nom de l'organisme : ..... Nom et prénom du mandataire

Adresse : .....

N° Téléphone : ..... Mail: .....@.....

## 5 BIENS IMMOBILIERS DU DEMANDEUR ( Maisons, appartements, terrains)

Je déclare ne posséder aucun bien immobilier

Je déclare posséder :

**Habitation principale :**

Adresse : .....

Occupée par :  Conjoint  Enfant/Petit-Enfant  Autre

Non Occupée

**Autres biens :**  Logement  Terrain

Adresse : .....

Occupée par :  Conjoint  Enfant/Petit-Enfant  Autre

Non Occupée

**Autres biens :**  Logement  Terrain

Adresse : .....

Occupée par :  Conjoint  Enfant/Petit-Enfant  Autre

Non Occupée

## 6 LES AUTRES AIDES À L'AUTONOMIE PERÇUES

ALLOCATIONS PERÇUES AU JOUR DE LA DEMANDE

Percevez-vous :

◆ l'allocation compensatrice pour tierce-personne (ACTP)? oui  non

◆ la prestation compensation du handicap (PCH)? oui  non

◆ la majoration pour aide constante d'une tierce-personne versée par votre caisse de retraite (MTP ou PC RTP)? oui  non

**ATTENTION, l'Allocation d'Aide Personnalisée à l'Autonomie (APA) en établissement n'est cumulable avec aucune des aides citées ci-dessus.**