**RECU LE**

*Cadre réservé aux services départementaux*

**DEMANDE D’ALLOCATION DEPARTEMENTALE PERSONNALISEE**

**D’AUTONOMIE EN ETABLISSEMENT**



**Direction de l’autonomie**

Service de l’offre médico-sociale

Bureau des prestations en établissement

Cette demande doit être formulée pour une admission dans un établissement médico-social (EHPAD, USLD) destiné aux personnes âgées de plus de 60 ans.

Type de séjour :Temporaire  Permanent

Date d’entrée en établissement : ……………/…………… /…………………

**ETAT CIVIL DU BENEFICIAIRE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Madame  Monsieur | Bénéficiaire | Conjoint, concubin ou pacsé |
| NOM d’usage |  |  |
| NOM de naissance |  |  |
| Prénom(s) |  |  |
| Date de naissance |  |  |
| Nationalité | Française  Union Européenne  Autre :…………………………… | Française  Union Européenne  Autre :…………………………… |
| Situation familiale | Célibataire  Concubin.e  Marié.e  Pacsé.e  Veuf ou veuve  Divorcé.e  Séparé |  |
| Numéro de sécurité sociale |  |  |
| Numéro d’allocataire CAF |  |  |
| Numéro(s) de téléphone |  |  |
| Adresse email |  |  |

.

* Pour les français et les ressortissants de l’U.E, joindre la pièce d’identité.
* Pour les étrangers hors U.E, joindre le titre de séjour en cours de validité.

**Êtes-vous sous protection juridique ? OUI**  **NON**  **DEMANDE EN COURS**

**PROTECTION JURIDIQUE DU BENEFICIAIRE**

**Type de protection juridique** :  Sauvegarde de justice  Curatelle Tutelle  Habilitation familiale

* **Mme** **M. Nom et prénom du représentant légal ou organisme de tutelle:** .............................................

............................................................................................................................................................................

Adresse : …………………………………………………………………………………………………………………..

Téléphone : ......................................................... Email : ...............................................................................

Date d’effet : ………………………………………………………………………………………………………………

* Joindre la décision du juge pour les personnes sous protection juridique (tutelle, curatelle,habilitation familiale…)

**PERSONNE DE CONFIANCE A JOINDRE**

**Mme** **M. NOM et prénom(s) de la personne de confiance :**..........................................................................

**Lien avec le demandeur :** ..............................................................................................................................

Adresse**:**……………………………………………………………………………………………………………………

Code postal : .......................... Ville : .....................................................................................................

Téléphone : ......................................................... Email : ..............................................................................

**ADRESSE ACTUELLE**

Nom de l’établissement (le cas échéant): ……………………………………………………………………………..

N° : ......................... Rue : ..............................................................................................................................

Code postal : .......................... Commune : .....................................................................................................

Téléphone : ......................................................... Email : ...............................................................................

Depuis quand habitez-vous à cette adresse ?...................................................................................................

**Précisez s’il s’agit de :**

* Domicile personnel  Etablissement médico-social  Hébergement chez un proche  Accueil familial
* Résidence service seniors
* Le conjoint réside-t-il en établissement ? Oui Non
* Lieu de résidence actuelle du conjoint **si différente** de celle du demandeur : ……………………………….

.............................................................................................................................................................................

**ADRESSE AVANT ENTREE EN ETABLISSEMENT**

N° : ......................... Rue : ..............................................................................................................................

Code postal : .......................... Ville : .....................................................................................................

**Date d’arrivée à cette adresse :** .......................................................................................................................

**Date de départ de cette adresse** : ....................................................................................................................

**Précisez s’il s’agit de :**

* Domicile personnel  Etablissement médico-social  Hébergement chez un proche  Accueil familial
* Résidence service seniors
* Joindre les justificatifs de domicile de moins de 3 mois
* Pour les personnes hébergées, joindre une attestation sur l’honneur de l’hébergeant datée et signée avec sa pièce d’identité et le justificatif de domicile.

En fonction de la situation du demandeur, une participation financière pourra être laissée à sa charge.

**RESSOURCES ET ALLOCATIONS**

*! L’Allocation départementale personnalisée autonomie n’est pas récupérable sur succession.*

* Indiquer les montants et joindre les justificatifs correspondants.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **DEMANDEUR** | **Conjoint, concubin ou pacsé** |
| **SALAIRE** |  |  |
| **RETRAITE PRINCIPALE** |  |  |
| **RETRAITE COMPLEMENTAIRE 1** |  |  |
| **RETRAITE COMPLEMENTAIRE 2** |  |  |
| **ALLOCATION DE SOLIDARITE AUX PERSONNES AGEES (ASPA)** |  |  |
| **PENSION DE REVERSION** |  |  |
| **ALLOCATION ADULTE HANDICAPE (AAH)** |  |  |
| **PENSION D’INVALIDITE** |  |  |
| **MAJORATION TIERCE PERSONNE** |  |  |
| **ALLOCATIONS LOGEMENT** |  |  |
| **REVENUS FONCIERS** |  |  |
| **CAPITAUX MOBILIERS ET NON-MOBILIERS (dont assurance vie)** |  |  |
| **PRESTATION DE COMPENSATION DU HANDICAP (PCH)** |  |  |

* Joindre obligatoirement le dernier avis d’impôt sur le revenu ou l’avis de situation déclarative à l’impôts sur le revenu.

**BIENS IMMOBILIERS**

**Concernant votre résidence principale, êtes-vous ?**

Propriétaire  Locataire  Occupant à titre gratuit

**Avez-vous mis votre bien en location ?**  Oui  Non

**Si oui, quel est le montant du loyer ?** ………………………….

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Propriétés bâties** | **Adresse** | **Code postal** | **Ville** | **Valeur locative**  **(voir taxe foncière)** |
| Résidence principale |  |  |  |  |
| Résidence(s) secondaire(s) |  |  |  |  |
| Propriétés non bâties |  |  |  |  |

**RECONNAISSANCE HANDICAP AVANT 65 ANS**

**Avez-vous bénéficié d’une reconnaissance d’invalidité supérieure ou égale à 80% avant vos 65 ans ?**

OUI  NON

**Avez-vous demandé la Carte Mobilité Inclusion (CMI) mention «invalidité » auprès de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) ?**

OUI  NON

* Joindre la notification de la MDPH (ou COTOREP), pension d’invalidité, ou la Carte Mobilité Inclusion ou carte d’invalidité avec la mention « invalidité »

**Si « non », souhaitez-vous effectuer une demande simplifiée de Carte Mobilite Inclusion (CMI) dans le cadre de l’Allocation Personnalisée d’autonomie en Etablissement ?**  OUI  NON

**Si « oui », souhaitez-vous une CMI mention « invalidité » ? :**  OUI  NON

**Si « oui », souhaitez-vous une CMI mention « priorité » ?** **:**  OUI  NON

**Si « oui », souhaitez-vous une CMI mention « stationnement » ? :**  OUI  NON

|  |
| --- |
| **Si l’Allocation Départementale Personnalisée d’Autonomie (ADPA) vous est accordée au titre du GIR 1 ou 2, vous pouvez bénéficier grâce à cette demande, à titre définitif, de la carte mobilité inclusion comportant les mentions « invalidité » et « stationnement pour personnes handicapées ».**  **Dans tous les autres cas, vos demandes seront évaluées par le médecin coordonnateur de votre établissement de résidence.** |

Je soussigné(e), Mme M agissant :

**DECLARATION SUR L’HONNEUR ET SIGNATURE**

* en mon nom propre

 en ma qualité de représentant légal de Mme M.........................................................................

certifie sur l’honneur l’exactitude des renseignements figurant ci-dessus. Je suis informé(e) que toute fausse déclaration ou falsification de document, toute obtention usurpée d'un droit, m'expose à des sanctions pénales et financières en application de la loi (articles 441-1 à 441-12 du code pénal), ainsi que, le cas échéant, à la récupération par le Département des sommes indûment perçues (article R131-4 du code de l’action sociale et des familles).

*En situation d'incapacité à apposer sa signature, joindre un certificat médical attestant l'indisponibilité du demandeur à signer.*

## Fait le..........................................à

**Signature**

|  |
| --- |
| PIECES A JOINDRE AU DOSSIER |

# (Merci de ne pas agrafer les documents)

**Pièces obligatoires à joindre impérativement au dossier par le demandeur**

# Un justificatif d’identité : Copie recto-verso de la carte nationale d’identité française d’un pays membre de l’union européenne ou d’un passeport, ou un titre de séjour en cours de validité, ou du livret de famille ou d’un extrait d’acte de naissance

# Copie du dernier avis d’impôts sur le revenu ( toutes les pages)

# Justificatif de domicile datant de moins de 3 mois avant l’entrée en établissement : quittance de loyer, taxe d’habitation ou taxe foncière, contrat de location

# Pour les personnes hébergées : attestation sur l’honneur de l’hébergeant datée et signée avec pièce d’identité et justificatif de domicile précisant les dates d’hébergement

# Relevé d’Identité Bancaire (RIB) au nom du demandeur ou de son représentant légal

**Si vous êtes propriétaire d’un ou plusieurs biens immobiliers :**

# Copie du ou des dernier(s) relevé(s) de taxes foncières sur les propriétés bâties et sur les propriétés non bâties en tant que propriétaire ou usufruitier

**Si vous bénéficiez d’une mesure juridique de protection :**

# Copie du jugement de mesure de protection judiciaire

# Pièces complémentaires transmises par la structure d’accueil

# Le bulletin de présence mentionnant la date d’entrée en séjour permanent

# Grille AGGIR établie par le médecin coordonnateur

# L’arrêté de tarification à demander à la Direction de l’établissement d’accueil (en cas de localisation en dehors du 93).

|  |
| --- |
| MODALITES D’ENVOI DU FORMULAIRE |

Les personnes accueillies en établissement (EHPAD ou USLD) ou en famille d’accueil agréée, qui, avant leur entrée, étaient domiciliées depuis plus de 3 mois :

|  |  |
| --- | --- |
| Dans un autre département, le dossier est à envoyer directement aux services du Département concerné. | Dans le département de la Seine-Saint-Denis par courrier à l’adresse suivante :Immeuble Verdi8-22 rue du Chemin Vert93006 BOBIGNY CEDEXou par mail : [aidesociale-pa@seinesaintdenis.fr](mailto:aidesociale-pa@seinesaintdenis.fr) |

# Aucun dossier incomplet ou non signé ne pourra être traité.

Les informations recueillies via ce formulaire sont destinées à la Direction de l'Autonomie du Département de la Seine-Saint-Denis. Le traitement visé par la présente collecte de données est fondé sur une mission d’intérêt public conformément au Règlement européen sur la protection des données personnelles du 27 avril 2016.  
Les données collectées sont transférées aux agents habilités. Le Département peut également être amené à échanger des informations relatives à votre situation avec d’autres organismes, notamment l’administration fiscale, pour toutes les prestations que vous auriez sollicitées auprès du Département pour lesquelles la loi ou la réglementation autorise ces échanges. Ces données ne sont en aucun cas cédées à des tiers à des fins commerciales et ne font pas l’objet d’une décision automatisée

Vous pouvez exercer votre droit d’accès, d’information, de rectification ou de limitation en contactant le Délégué à la protection des données:

 par courriel : [dpo@seinesaintdenis.fr](mailto:dpo@seinesaintdenis.fr)

 par courrier adressé à : Département de Seine-Saint-Denis - A l’attention du Délégué à la Protection des Données – DINSI - BP 193 - 93006 BOBIGNY CEDEX

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.