



UN DOSSIER À REMPLIR
PAR DEMANDEUR

DEMANDE D'APA EN ÉTABLISSEMENT

Je soussigné(e),

Agissant en mon nom propre / en ma qualité de représentant de
reconnais avoir pris connaissance des dispositions ci-dessous.

◆ FRAUDE (article 135-1 du code de l'action sociale et des familles)

Sans préjudice des paiements en restitution, quiconque aura frauduleusement bénéficié ou tenté de bénéficier de l'aide sociale, sera puni des peines prévues aux articles 313-1, 313-2, 313-7 et 313-8 du code pénal.

◆ CHANGEMENT DE SITUATION

Tout changement de situation du bénéficiaire de l'aide sociale devra être signalé aux services du Département (pôle vie sociale). J'autorise la Maison Loire Autonomie à transmettre les éléments du dossier aux caisses de retraite et à la Maison départementale des personnes handicapées de la Loire (MDPH).

Je certifie sur l'honneur :

- l'exactitude des renseignements fournis dans le cadre de cette demande,
- ne pas être titulaire d'une majoration tierce personne 3^e catégorie sécurité sociale (MTP) ou de la prestation complémentaire pour recours à une tierce personne (PC RTP).

Fait à

Signature :

Le

DISPOSITIONS CONCERNANT LES DROITS DES CITOYENS DANS LEURS RELATIONS AVEC L'ADMINISTRATION

En application des dispositions du livre III du code des relations entre le public et l'administration, les personnes qui le demandent pourront consulter les documents relatifs à la présente demande les concernant. Les modalités d'accès seront appliquées conformément aux dispositions édictées par la loi.

DISPOSITIONS RELATIVES AU TRAITEMENT AUTOMATISÉ DE DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Les traitements relatifs à cette demande sont informatisés. Ils sont donc soumis aux dispositions de la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, qui protège les droits et libertés individuels.

Toute personne dispose du droit de décider et de contrôler les usages qui sont faits des données à caractère personnel la concernant.

Conformément à l'article 32 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, les personnes auprès desquelles sont recueillies des informations nominatives, sont informées que :

- Toutes les réponses aux différents questionnaires sont obligatoires. Un défaut de réponse entraînera des retards ou une impossibilité d'instruction du dossier.
- Les destinataires des informations collectées sont exclusivement les administrations et organismes habilités à connaître des dossiers d'aide sociale à domicile ou en établissement.
- En tout état de cause, 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 Département à l'adresse ci-dessous :

TOUT DOSSIER NON SIGNÉ NE POURRA FAIRE L'OBJET D'UNE ÉTUDE (voir fin de dossier)

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DEMANDEUR

	DEMANDEUR	<input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Concubin <input type="checkbox"/> Pacsé
Nom - Prénom		
Nom de naissance		
Date et lieu de naissance		
N° de sécurité sociale (organisme)		
Nationalité	<input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Ressortissant Union européenne <input type="checkbox"/> Ressortissant hors Union européenne	<input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Ressortissant Union européenne <input type="checkbox"/> Ressortissant hors Union européenne
Date d'arrivée en France (pour les étrangers)		
Situation de famille (célibataire, marié, divorcé, veuf, concubin, pacsé)		
Caisse de retraite principale		

Mentionnez si vous faites l'objet d'une mesure de protection :

sauvegarde de justice tutelle curatelle simple curatelle renforcée

autre (précisez : MAJ, habilitation familiale :))

Nom et adresse de l'organisme, de la personne chargée de la gestion des biens :

.....
.....
..... Tél.

ADRESSE DU DEMANDEUR

Adresse de l'établissement d'hébergement :

.....
..... Tél.

Adresse précédente du demandeur :

.....
.....

ADRESSE DU CONJOINT, CONCUBIN, PACSÉ

Adresse :

.....
.....



Loire
LE DÉPARTEMENT



DÉPARTEMENT DE LA LOIRE / MAISON LOIRE AUTONOMIE
Hôtel du Département / 2 rue Charles de Gaulle
42022 Saint-Étienne cedex 1

DEMANDE SIMPLIFIÉE D'UNE CARTE MOBILITÉ INCLUSION (CMI)

Si vous souhaitez demander la carte mobilité inclusion (CMI), vous devez dans ce cas fournir obligatoirement un certificat médical avec votre demande.

Votre demande porte sur quelle(s) mention(s) ?

Invalidité ou priorité oui non Stationnement oui non

- Si l'APA vous est accordée au titre du GIR 1 ou 2, vous bénéficierez, sans autre condition et à titre définitif, de la CMI mention "invalidité" et "stationnement".
- Si votre niveau de perte d'autonomie est moindre (GIR 3, 4, 5 ou 6), votre demande sera étudiée par l'équipe médico-sociale, avec avis de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) pour une demande de CMI mention "invalidité".

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PRESTATIONS PERÇUES

Percevez-vous :

- La majoration pour aide constante d'une tierce personne (MTP) ? oui non
- La prestation complémentaire pour recours à tierce personne (PC RTP) ? oui non
- L'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) ? oui non
- La prestation de compensation du handicap (PCH) ? oui non
- L'aide ménagère versée par les caisses de retraite (PAP) ? oui non
- L'aide ménagère au titre de l'aide sociale départementale ? oui non

Attention : aucune de ces prestations n'est cumulable avec l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA).

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES REVENUS ET LE PATRIMOINE

1. Habitation principale

- Propriétaire Hébergé à titre gratuit Locataire Bailleur privé Bailleur public

2. Patrimoine du foyer (à renseigner pour le demandeur, et le cas échéant, votre conjoint, votre concubin ou la personne avec laquelle vous avez conclu un PACS)

- Possédez-vous des biens immobiliers ? oui non

Si oui, précisez leur nature et leur adresse. Fournir le dernier relevé de la taxe foncière sur les propriétés bâties et sur les propriétés non bâties. Ne pas déclarer la résidence principale, si celle-ci est occupée par vous, votre conjoint, votre concubin ou la personne avec laquelle vous avez conclu un PACS, vos enfants ou petits-enfants.

ADRESSE	NATURE (maison, terrain, bois...)

PERSONNE(S) À JOINDRE POUR TOUT RENSEIGNEMENT COMPLÉMENTAIRE (enfants, parents)

NOM	PRÉNOM	ADRESSE	TÉLÉPHONE	LIEN

MÉDECIN TRAITANT

Nom / prénom

Adresse / téléphone

OBSERVATIONS COMPLÉMENTAIRES (facultatif)