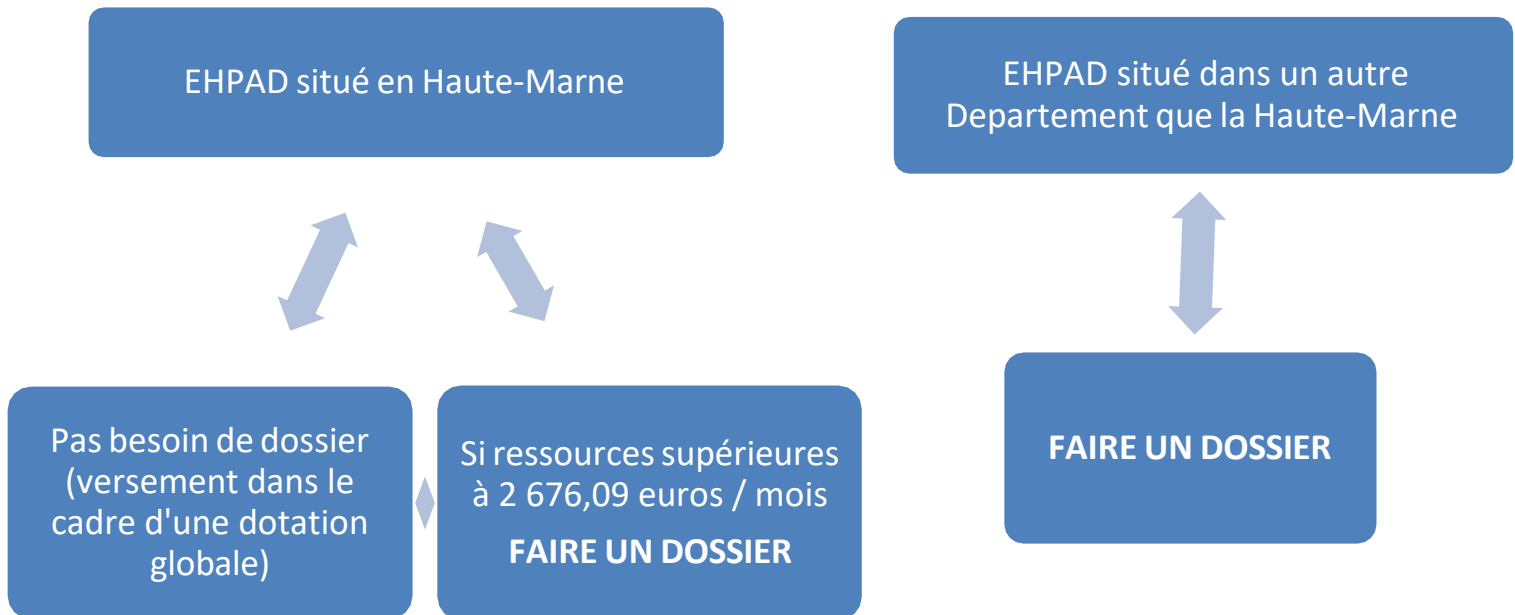


QUAND DEPOSER UN DOSSIER ?



OÙ ADRESSER VOTRE DOSSIER ?

Le dossier est à envoyer au Département du domicile du demandeur.

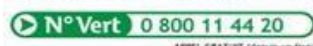
Après l'étude du dossier pour évaluer le niveau de dépendance (GIR), le demandeur recevra une notification de droits.

Le dossier est à envoyer au **département** du demandeur pour demander l'Allocation personnalisée d'autonomie en établissement. Voir ci-dessous les coordonnées du département.



Monsieur le Président du Conseil Départemental
 Direction de l'Autonomie
 Service Prestations à l'Autonomie
 Hôtel du Département
 1 rue du Commandant Hugueny
 CS 62127 52905
 CHAUMONT Cedex 9
 Mail : apa-etablissement@haute-marne.fr

Pour toute question liée aux personnes âgées



APPEL GRATUIT (depuis un fixe)

Demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) en établissement pour les personnes âgées

Ce formulaire est émis par le Département de la Haute-Marne conformément à l'annexe 2_3 du Code de l'Action Sociale et des Familles

Comment constituer votre dossier ?

- 1 - Lire la notice explicative
- 2 - Remplir le formulaire
- 3 - Rassembler les documents justificatifs indiqués en **page 3**
- 4 - Envoyer le dossier (formulaire et documents justificatifs) au département de résidence du demandeur

Pour aller plus loin :

- <https://haute-marne.fr/>
- pour-les-personnes-agees.gouv.fr

Notice, partie à conserver

1. Quelle prestation peut être demandée avec ce formulaire ?

Ce formulaire permet de demander :

- **l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) en établissement** mise en place par les départements.

L'APA est destinée aux personnes ayant besoin d'aide dans les activités de la vie quotidienne ou dont l'état nécessite une surveillance régulière.

Chaque Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) est financé par un tarif hébergement et un tarif dépendance. Le tarif dépendance permet de financer la nécessité de prise en charge supplémentaire en fonction du niveau de dépendance de la personne hébergée.

2. À quoi cette prestation correspond-elle ?

Cette prestation permet de financer **le tarif dépendance** d'un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes EHPAD.

3. Quelles sont les conditions d'attribution de ces prestations ?

Quelles sont les conditions à remplir ?

- 1) Être âgé de 60 ans et plus.
- 2) Résider en EHPAD
- 3) Résider en France de manière stable et régulière.
- 4) Être en GIR 1 à 4 : avoir besoin d'une aide pour les gestes essentiels de la vie quotidienne (aide pour se lever, s'habiller, manger, etc.) ou d'une surveillance régulière.

Le demandeur doit-il financer une partie du plan d'aide personnalisé ?

Oui, une participation financière variable, en fonction des ressources du demandeur et de celles de son conjoint (marié, pacsé, concubin), pourra être demandée.

Cette participation peut être prise en charge par l'aide sociale départementale.

Une fois mis en place, le plan d'aide peut-il être modifié ?

Oui, si la situation du demandeur ou de son proche aidant évolue, il est possible de demander au Département de réviser le montant pris en charge.

Les aides accordées sont-elles récupérables sur la succession au décès du bénéficiaire ?

Non.

L'APA est-elle cumulable ou avec l'une des prestations suivantes :

Non, l'APA n'est pas cumulable avec :

- l'Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) ;
- l'Aide à domicile au titre de l'aide sociale départementale ;
- la Majoration pour tierce personne (MTP) ;
- la Prestation de compensation du handicap (PCH) ;
- la Prestation complémentaire pour recours à tierce personne (PC RTP) ;
- l'aide à domicile versée par les caisses de retraite.

! Si le demandeur est déjà bénéficiaire de l'une de ces prestations, il peut en solliciter une autre. En cas d'acceptation de sa demande, il devra choisir la prestation la plus adaptée à sa situation.

4. Qu'est-ce que la carte mobilité inclusion (CMI) ?

La carte mobilité inclusion permet de faciliter les déplacements des personnes âgées ou en situation de handicap. Il existe 3 mentions : stationnement, priorité et invalidité.

Mention Stationnement	Mention Priorité	Mention Invalidité
Utilisation gratuite et sans limitation de durée de toutes les places de stationnement en accès libre. Cette carte peut être utilisée par son bénéficiaire ou la personnel'accompagnant.	Place assise prioritaire dans les transports en commun, les salles d'attente ainsi que dans les établissements et les manifestations accueillant du public.	Place assise prioritaire dans les transports en commun, les salles d'attente, les établissements et manifestations accueillant du public. Réductions dans les transports. Demi-part supplémentaire pour le calcul de l'impôt sur le revenu(soumis à conditions).

Comment en faire la demande ?

Le demandeur peut solliciter la CMI en remplissant **la page 8, partie 6 de ce formulaire.**

5. Quelles sont les étapes de la demande ?

- 1 – Constitution et envoi du dossier au département
- 2 – Instruction du dossier (vérification des ressources et du niveau de dépendance)
- 3 – Notification de la décision du département par courrier

Documents justificatifs à fournir

- la photocopie d'un justificatif d'identité : carte d'identité (recto/verso), passeport, livret de famille.**
Si le demandeur est ressortissant d'un État hors Union européenne, de l'Espace économique européen et de la confédération suisse : carte de résidence ou titre de séjour en cours de validité ;
- un 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 :**
-pour une demande déposée entre **janvier et août de l'année n** : fournir **l'avis d'imposition ou de non-imposition de l'année n-2** ;
-pour une demande déposée de **septembre à décembre**, celui de **l'année n-1** ;
- Le cas échéant, toute pièce justificative des biens ou capitaux relevant du patrimoine dormant (photocopie du dernier relevé **des taxes foncières sur les propriétés bâties et sur les propriétés non bâties**) ;
- l'arrêté de tarification, la grille AGGIR et un bulletin de présence avec la date d'entrée de l'EHPAD.**

Uniquement si concerné :

- la photocopie de la décision de justice relative à la mise sous protection ;
- la photocopie du(des) dernier(s) avis de taxe foncière pour chaque bien du demandeur et de son conjoint qui n'est pas mis en location.

Demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) en établissement pour les personnes âgées

Ce formulaire est émis par le Département de la Haute-Marne conformément à l'annexe 2_3 du Code de l'Action Sociale et des Familles.

Formulaire

Si vous avez besoin d'aide pour remplir ce document, consultez la notice.

Cadre réservé à l'administration (ne rien remplir dans ce cadre)

N° de dossier : Date de réception du dossier :/...../20....

Suite donnée à la demande :

1. Situation du demandeur

Identité

Madame Monsieur

Nom de naissance :

Nom d'usage (si différent) :

Prénom(s) :

Date de naissance :/...../19....

Commune / ville de naissance :

Département de naissance : Pays de naissance :

Numéro de sécurité sociale (15 chiffres) :

Caisse de retraite principale :

Assurance retraite Fonction publique d'État MSA Autre :

Coordonnées

Numéro de téléphone :

Adresse e-mail :

Domicile au moment de la demande (cocher) :

Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

Domicile du demandeur ou d'un membre de la famille du demandeur

Domicile d'un accueillant familial (particulier agréé par le Département)

Autre :

Date d'entrée dans l'établissement ou en accueil familial :/...../20....

Adresse (numéro et voie) :

Code postal : Commune / ville :

Bâtiment : Étage : Diaicode :

Ancien lieu de résidence du demandeur

! Cette partie est à renseigner par les personnes résidant depuis moins de 3 mois à leur adresse actuelle et par les personnes résidant en accueil familial ou en résidence autonomie. Les informations communiquées permettront de déterminer le département financeur lorsque le demandeur sollicite l'APA.

Ancienne adresse du demandeur (numéro et voie) :

Code postal : Commune / ville :

Date d'arrivée à l'adresse actuelle : **Le formulaire continue page suivante →**

Situation familiale

Célibataire Marié Pacsé En concubinage Divorcé ou séparé Veuf

! Si le demandeur est en couple (marié, pacsé, en concubinage), les ressources de son conjoint sont prises en compte dans le calcul de la prestation. **Il convient de renseigner les informations ci-dessous.**
Si les 2 membres du couple souhaitent faire une demande, merci de transmettre un dossier par demandeur.

Les informations du conjoint (marié, pacsé, concubin)

Madame Monsieur

Nom de naissance :

Nom d'usage (si différent) :

Prénom(s) :

Date de naissance :/...../19....

Commune / ville de naissance :

Département de naissance : Pays de naissance :

Numéro de sécurité sociale (15 chiffres) :

Toujours en activité salariée : oui non

Si retraité (e), caisse de retraite principale :

Assurance retraite Fonction publique d'État MSA Autre :

Domicile :

Domicile identique à celui du demandeur ;)

Autre :

2. Mesure de protection du demandeur

Le demandeur fait-il l'objet d'une mesure de protection ?

Oui, la mesure a été prononcée Non, mais une demande est en cours Non

Si la réponse est « Oui », préciser la mesure de protection :

Sauvegarde de justice

Curatelle simple

Curatelle renforcée

Tutelle

Habilitation familiale

Mandat de protection future « activé »

! Dans tous les cas, merci de joindre au dossier du demandeur la photocopie de la décision de justice relative à sa mise sous protection.

Les informations de l'organisme de protection juridique ou du mandataire

Nom de l'organisme :

Madame Monsieur

Nom :

Prénom(s) :

Adresse (numéro et rue) :

Code postal : Commune / ville :

Numéro de téléphone :

Adresse e-mail :

Le formulaire continue page suivante →

3. Personne proche à contacter

Cette rubrique permet d'identifier la personne qui aide le demandeur dans ses démarches administratives, ou l'accompagne plus globalement dans ses activités de la vie quotidienne. Ces informations permettront de la contacter pour toute question administrative liée à cette demande. Avant d'indiquer les coordonnées de la personne proche à contacter, merci de lui demander son accord.

Les informations de la personne proche à contacter :

Madame Monsieur

Nom :

Prénom(s) :

Adresse (numéro et rue) :

Code postal : Commune / ville :

Numéro de téléphone :

Adresse e-mail :

Le lien avec le demandeur

Conjoint Enfant Ami Voisin Autre :

4. Autres prestations de soutien à l'autonomie

! Les prestations des caisses de retraite et l'APA ne sont pas cumulables entre elles ou avec les prestations citées ci-dessous.

Si le demandeur est déjà bénéficiaire de l'une de ces prestations, il peut en solliciter une autre. En cas d'acceptation de sa demande, il devra choisir la prestation la plus adaptée à sa situation.

Le demandeur perçoit-il une ou plusieurs des prestations suivantes ?

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| • L'Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| • L'aide à domicile versée par une caisse de retraite | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| • L'Aide à domicile au titre de l'aide sociale départementale | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| • La Majoration pour aide constante d'une tierce personne (MTP) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| • La Prestation de compensation du handicap (PCH) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| • La Prestation complémentaire pour recours à tierce personne (PC RTP) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

5. Ressources et patrimoine du demandeur et de son conjoint (marié, pacsé, concubin)

! En fonction de la situation du demandeur, une participation financière pourra être laissée à sa charge. Son montant sera fixé en fonction des ressources du demandeur et celles de son conjoint (marié, pacsé, concubin) et, pour l'APA, de certains éléments de patrimoine.

Revenu déclaré

Joindre au dossier une copie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition sur le revenu du demandeur (toutes les pages) et de son conjoint (marié, pacsé, concubin).

Ressources ne figurant pas dans l'avis d'imposition ou de non-imposition

Revenus soumis au prélèvement libératoire (articles 125-0 A et 125 D du Code Général des Impôts).

Montant pour le demandeur :

Montant à préciser pour son conjoint, son concubin ou son partenaire de PACS :

Le formulaire continue page suivante →

Biens immobiliers et mobiliers

Résidence principale du demandeur

Adresse (numéro et rue) :

Code postal : Commune / ville :

Le demandeur est (cochez la case) :

- Propriétaire de sa résidence principale
 Locataire de sa résidence principale

Si propriétaire, la résidence est (cochez la case) :

- Occupée par le demandeur et/ou son conjoint, et/ou ses enfants, petits-enfants (1)
 Louée à un tiers
 Non louée (vide ou occupée à titre gracieux par un tiers autre que le conjoint et les enfants et petits-enfants du demandeur). Dans ce cas, joindre au dossier une photocopie du dernier avis de taxe foncière de la résidence principale du demandeur.

Autres biens immobiliers (maison, appartement, terrain, etc.) du demandeur et de son conjoint

Si nécessaire, joindre une liste complémentaire sur papier libre au dossier.

Adresse 1 (numéro et rue) :

Code postal : Commune / ville :

Adresse 2 (numéro et rue) :

Code postal : Commune / ville :

Adresse 3 (numéro et rue) :

Code postal : Commune / ville :

Pour chaque bien qui n'est pas mis en location, joindre une photocopie du dernier avis de taxe foncière au dossier.

Biens mobiliers et capitaux non placés de valeur du demandeur et de son conjoint (2)

Si le demandeur et/ou son conjoint (marié, pacsé, concubin) possèdent des biens mobiliers et des capitaux non placés de valeur, les déclarer dans le tableau suivant en précisant leur montant ou leur valeur estimée.

Nature du bien (ex. : œuvres d'art, voiture de luxe, etc.)	Montant / valeur estimée (en €)

Si le tableau ne suffit pas, il est possible de joindre au dossier une liste complémentaire sur papier libre.

- (1) La résidence principale ne sera pas comptabilisée si celle-ci est occupée par le demandeur, son conjoint, son concubin ou la personne avec qui il a conclu un pacte civil de solidarité, ses enfants ou petits-enfants.
- (2) Ne pas déclarer les capitaux ploqués, y compris ceux exonérés d'impôts (livret A, livret de développement durable, plan d'épargne logement, plan d'épargne en actions...), qui ne constituent pas du patrimoine dormant.

6. Carte mobilité inclusion (CMI)

Pour plus d'informations sur la carte mobilité inclusion (CMI), merci de se référer à la page 3 de la notice.

- Le demandeur souhaite-t-il une CMI mention Stationnement ? Oui Non
- Le demandeur souhaite-t-il une CMI mention Priorité ou Invalidité ? Oui Non
- Le demandeur souhaite-t-il renouveler sa carte d'invalidité, de priorité ou de stationnement ? Oui Non

! Si l'APA vous est accordée au titre du GIR 1 ou 2, vous pouvez bénéficier sans autre condition et à titre définitif de ta CMI comportant les mentions " invalidité " et " stationnement pour personnes handicapées.

7. Signature du demandeur et/ou de son représentant légal

Je soussigné(e) : Madame Monsieur

Nom :

Prénom(s) :

Agissant : En mon nom

En qualité de représentant légal de :

- certifie exacts et complets les renseignements fournis dans le cadre de cette demande ;
- m'engage à déclarer toute évolution de situation ;
- autorise la transmission par le Département du dossier aux caisses de retraite (en cas de rejet d'allocation personnalisée d'autonomie).

Fait à :

Le :/...../20....

Signature :

Dans le cadre de la loi pour un État au service d'une société de confiance, vous bénéficiez du droit à l'erreur.

Si vous vous êtes trompé, signalez-le à votre caisse de retraite ou à votre département : il corrigera les données concernées. Si vous êtes de bonne foi et que c'est votre première erreur, vous ne serez pas sanctionné¹. Si cette rectification change le montant des prestations que vous recevez, vous devrez simplement rembourser les éventuelles sommes perçues en trop.

En revanche, si vous commettez une fraude ou de fausses déclarations pour obtenir des avantages auxquels vous n'auriez pas droit, **vous risquez une amende et/ou une peine d'emprisonnement, comme prévu par la loi².**

1. Connectez-vous sur le site plus.transformation.gouv.fr pour en savoir plus sur le droit à l'erreur.

2. En application des articles 313-1 à 313-3, 433-19, et 441-1 à 441-9 du code pénal. L'intégralité de ces textes de loi sont disponibles sur le site legifrance.gouv.fr.

Mentions d'information relatives aux données à caractère personnel du demandeur et de son conjoint

Le Département met en œuvre un formulaire de demande d'Allocation personnalisée d'autonomie (APA).

Le département
Instruction des demandes d'Allocation personnalisée d'autonomie

Le traitement des informations recueillies par ce formulaire est nécessaire à l'exécution d'une mission d'intérêt public ou relevant de l'exercice de l'autorité publique dont est investi le responsable du traitement (article 6-1 e du Règlement général sur la protection des données – RGPD).

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique, destiné à instruire la demande et à contrôler les droits associés. Les données enregistrées sont celles du formulaire ainsi que celles librement fournies par le demandeur. Les données ne font pas l'objet d'une prise de décision automatisée. L'ensemble des informations demandées est nécessaire à la bonne instruction de la demande. Tout défaut de réponse pourrait entraîner un allongement de la durée de traitement ou un rejet du dossier.

Les personnes accédant à ces données sont les agents dûment habilités au sein des caisses régionales de l'Assurance retraite, des caisses de la MSA et des départements ainsi que les professionnels qui participent à la prise en charge du parcours de la personne âgée ou qui accompagnent la personne âgée (professionnels de santé, professionnels œuvrant dans le champ du social et du médico-social) notamment ceux visés à l'article R. 232-44 du Code de l'action sociale et des familles (CASF) pour l'APA.

L'organisme gestionnaire de la prestation demandée peut également être amené à échanger des informations relatives à la situation du demandeur avec d'autres organismes, notamment l'administration fiscale, les organismes de sécurité sociale versant des prestations analogues, les collectivités territoriales et les organismes de recouvrement des cotisations sociales.

Conformément aux articles L. 1110-4 et L. 1110-12 du code de la santé publique, vous êtes informé que des données de santé vous concernant, strictement nécessaires à votre prise en charge, peuvent, avec votre consentement dans les situations qui le requièrent, être partagées ou échangées entre professionnels de l'équipe médico-sociale du département et entre professionnels du département et professionnels d'organismes conventionnés avec les départements habilités à accéder à ces données.

Les données sont conservées pour une durée maximale de 6 ans, à compter de la cessation des droits du demandeur.

Conformément aux articles 15 à 23 du RGPD, le demandeur dispose d'un droit d'accès et de rectification des informations le concernant. Il dispose aussi du droit de limiter le traitement de ses données dans les conditions prévues par le RGPD.

Pour des motifs légitimes, il est possible de s'opposer au traitement des données dans le cadre de l'instruction de la demande d'Accompagnement à domicile des personnes âgées assurée par les caisses de retraite.

Une copie des données à caractère personnel peut être délivrée à la demande de la personne. Toutefois, l'organisme en charge du dossier a la possibilité de s'opposer aux demandes manifestement abusives, notamment par leur nombre, leur caractère répétitif ou systématique.

Pour exercer l'ensemble de ces droits, il convient de s'adresser au Délégué à la protection des données (DPO) de l'organisme en charge du dossier.

Dossier envoyé au département
DPO du département de rattachement

Si vous estimez, après contact avec le DPO, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la Commission nationale informatique et libertés (Cnil) : 3 place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 Paris cedex 07, téléphone : 01 53 73 22 22, site internet : cnil.fr.