

## Dossier de demande

# ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE (APA) À DOMICILE

### Madame, Monsieur,

Vous souhaitez bénéficier de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) à domicile.

Vous devez compléter et retourner ce dossier, afin que votre demande fasse l'objet d'une étude attentive.

Le Département du Doubs a l'ambition de permettre à chaque personne de garder son autonomie et sa dignité en contribuant à améliorer sa condition de vie à domicile ou en établissement. Chaque habitant du Doubs mérite de conserver pleinement sa place dans la société.

Vos élus ont certes le souci de poursuivre l'effort sur l'organisation d'un soutien à domicile, car la plupart des personnes souhaitent vieillir chez elles, quand cela est possible.

Le nouvel exécutif vise aussi la simplification des démarches et des aides : soins, téléassistance, soutien financier, proximité avec les personnels, hospitalisation à domicile...

Il souhaite proposer des alternatives au choc brutal que peut constituer le passage du domicile à l'EHPAD. Il existe en effet des services intermédiaires qui méritent d'être encouragés, comme des logements adaptés qui permettent aux personnes âgées de continuer à vivre dans leur quartier, leur village, leur environnement auquel ils sont habitués... Un travail est mené pour qu'émergent de nouvelles offres dans cet esprit.

L'APA contribue à préserver l'autonomie des personnes qui restent à leur domicile, qui sont accueillies en famille d'accueil ou hébergées en établissement en améliorant leur accompagnement. Cette aide traduit la solidarité du Département du Doubs et des habitants, aux plus âgés d'entre nous.

Ensemble, nous sommes mobilisés pour celles et ceux qui ont tant donné, qui nous font partager leur expérience et qui sont si précieux à nos yeux.

Christine BOUQUIN

Présidente du Département du Doubs

NOM \_\_\_\_\_

PRÉNOM \_\_\_\_\_

ADRESSE \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE \_\_\_\_\_

COCHEZ LA CASE CORRESPONDANTE :

**À DOMICILE**

**EN FAMILLE D'ACCUEIL  
OU EN PETITE STRUCTURE D'HÉBERGEMENT**

Je soussigné(e), agissant en mon nom propre / en qualité de représentant légal de

---

---

certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus qui sont fournis dans le cadre d'une demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) .

En cas de non attribution de l'APA, j'autorise le Département à transmettre ma demande à la caisse de retraite compétente. J'autorise également le Département à solliciter auprès de cet organisme les renseignements nécessaires à l'instruction de ma demande.

Fait à \_\_\_\_\_ Signature  
Le \_\_\_\_\_

## Dispositions diverses

### 1 Exercice du droit d'accès :

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

Conformément à l'article 27 de cette loi, les personnes auprès desquelles sont recueillies des informations nominatives, sont informées que :

- 1) Toutes les réponses aux différents questionnaires sont obligatoires. Un défaut de réponse entraînera des retards ou une impossibilité dans l'instruction du dossier.
- 2) Les destinataires des informations collectées sont exclusivement les administrations et organismes habilités à connaître des dossiers d'aide à domicile ou en établissement.
- 3) En tout état de cause, les personnes concernées ont un droit d'accès et de rectification des informations nominatives stockées ou traitées informatiquement.
- 4) Pour l'exercice de ce droit, il convient de vous adresser, en justifiant de votre identité, à :  
*Madame la Présidente du Département du Doubs, Direction de l'Autonomie,  
7, avenue de la Gare d'Eau 25031 Besançon cedex ou Monsieur le Président de l'organisme*  
(celui qui vous sert l'avantage de retraite principal ou la pension si vous en êtes titulaire).

### 2 Sanctions prévues en cas de fraude ou de fausse déclaration :

Outre le remboursement des sommes indûment versées, le fait d'avoir perçu frauduleusement l'allocation personnalisée d'autonomie est puni des peines prévues par les articles 313-1 à 313-3 du nouveau code pénal. Les peines maximales encourues sont selon les cas de 5 à 7 ans d'emprisonnement et de 375 000 à 750 000 euros d'amende.

## A - Renseignements concernant le demandeur et son conjoint

	Le demandeur	Le conjoint ou la personne vivant maritalement ou ayant conclu un PACS
Nom		
Prénom		
Date et lieu de naissance		
N° de sécurité sociale		
Nationalité (française/ressortissant de l'union européenne ou autre)		
Situation de famille (marié, divorcé, veuf, concubin, célibataire, PACS), Depuis le _____		
Régime de retraite principale		<input type="checkbox"/> retraité <input type="checkbox"/> en activité

Lieu de résidence actuelle du demandeur	Renseignements complémentaires
<p>Adresse actuelle _____ _____</p> <p>Date d'arrivée dans le logement _____</p> <p>Précisez s'il s'agit</p> <p><input type="checkbox"/> du domicile habituel</p> <p><input type="checkbox"/> d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées (préciser date d'entrée)</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> de l'accueil par un particulier à domicile et à titre onéreux dans le cadre de la loi du 10 juillet 1989 (préciser date de début de l'accueil)</p> <p>_____</p> <p>Adresse du domicile habituel si différente de l'adresse précisée ci-dessus : _____ _____</p> <p>Lieu de résidence actuelle du conjoint si différente de celle du demandeur : _____ _____</p>	<p>Mentionnez le cas échéant si vous faites l'objet d'une mesure de :</p> <p><input type="checkbox"/> sauvegarde de justice</p> <p><input type="checkbox"/> tutelle</p> <p><input type="checkbox"/> curatelle</p> <p>Nom et adresse du représentant légal ou de l'association chargée de la mesure : _____ _____</p> <p>Le cas échéant identité, adresse, téléphone de la personne chargée des formalités administratives ou à qui vous avez confié un "mandat de protection future" (CF. articles 477 et suivants du code civil)</p> <p>_____</p> <p>Nom et adresse du médecin traitant : _____ _____</p>

## B - Aides perçues par le demandeur et son conjoint

	Le demandeur	Le conjoint ou la personne vivant maritalement ou ayant conclu un PACS
Allocations diverses	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> si oui compléter ci-dessous	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> si oui compléter ci-dessous
	Derniers montants perçus et date des derniers versements	Derniers montants perçus et date des derniers versements
Allocation compensatrice tierce personne oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		
Majoration pour aide constante d'une tierce personne oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		
Aide ménagère au titre de l'aide sociale départementale oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		
Aide ménagère financée par les caisses de retraite oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		
Prestation de compensation du handicap oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		

Bénéficiez-vous déjà d'une carte de priorité ou d'invalidité    oui  non

Bénéficiez-vous déjà d'une carte de stationnement    oui  non

En cas d'attribution de l'APA, une carte mobilité inclusion (CMI) prévue à l'article L. 241-3 du CASF peut être délivrée, sans conditions pour les GIR 1 et 2 et sur appréciation de l'équipe médico-sociale pour les GIR 3 et 4 ; souhaitez-vous que vos droits soient examinés au titre de la CMI comportant :

la mention « invalidité » (GIR 1 et 2)    oui  non

la mention « priorité » (GIR 3 et 4)    oui  non

la mention « stationnement pour personnes handicapées »    oui  non

## C - Les biens du foyer

Le demandeur	Le conjoint ou la personne vivant maritalement ou ayant conclu un PACS
Biens immobiliers (maison, appartement, terrain etc.)	
Nature : _____ _____ _____ _____	Nature : _____ _____ _____ _____
Adresse : _____ _____ _____ _____	Adresse : _____ _____ _____ _____
Base d'imposition figurant sur le relevé de taxe foncière : _____ _____ _____ _____	Base d'imposition figurant sur le relevé de taxe foncière : _____ _____ _____ _____

Si vous êtes propriétaire ou usufruitier, l'habitation principale est-elle occupée par une personne de votre famille ? **oui**  **non**

Lien de parenté : \_\_\_\_\_

Êtes-vous locataire ? **oui**  **non**

Pièces justificatives **À JOINDRE IMPERATIVEMENT** au dossier de demande :

- 1) personnes de nationalité française :  
photocopie du livret de famille, de la carte nationale d'identité ou du passeport
- 2) personnes de nationalité étrangère :
  - ressortissants de l'union européenne et de la Confédération helvétique :  
photocopie du passeport ou de la carte d'identité en cours de validité
  - autres ressortissants : photocopie de la carte de résident ou du titre de séjour,
- photocopie intégrale du dernier avis d'imposition ou de non imposition à l'impôt sur le revenu,
- photocopie du dernier relevé de la taxe foncière sur les propriétés bâties et sur les propriétés non bâties,
- relevé d'identité bancaire, postal ou de caisse d'épargne, au nom du demandeur ou de son représentant légal,
- copie de la décision prononçant une mesure de protection judiciaire (tutelle, curatelle, sauvegarde de justice),



**APA:**  
ALLOCATION  
PERSONNALISÉE  
D'AUTONOMIE

## Où obtenir les renseignements complémentaires sur l'APA ?



### **APA À DOMICILE**

Service prestations et maintien à domicile  
03 81 25 86 67 / 03 81 25 86 70



### **FORMULAIRE À RENVOYER À CETTE ADRESSE**

Département du Doubs - Direction de l'autonomie,  
7, avenue de la Gare d'Eau - 25031 - Besançon Cedex

[www.doubs.fr](http://www.doubs.fr)