

**DIRECTION DE L'AUTONOMIE**

# DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE

EN ÉTABLISSEMENT  (1)

A DOMICILE  (1)

*Veillez vous reporter à la notice explicative avant de compléter ce dossier*

**NOM** : .....

**PRÉNOM** : .....

**DATE DE NAISSANCE** : |\_|\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|\_|

## **COORDONNEES ACTUELLES DU DEMANDEUR :**

N° et voie : .....

Commune : .....Code Postal : .....Tél : .....

Téléphone portable : .....Courriel : .....

Précisez s'il s'agit :

(1) du domicile du demandeur

(1) de l'accueil par un particulier agréé au titre de la loi du 10 juillet 1989 relative à l'accueil à domicile à titre onéreux

Nom de la famille d'accueil agréée : .....

Date d'accueil : |\_|\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|\_|

(1) d'un établissement (2)

Nom de l'établissement : .....

Adresse : .....

Date d'entrée : |\_|\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|\_|

S'agit-il d'une admission : en maison de retraite :  oui -  - non

en unité de soins de longue durée :  oui -  - non

(1) autres (3) .....

## **ADRESSE PRECEDENTE (4) :**

N° et voie : .....

Commune : .....Code Postal : .....



### **DEMANDE DE LA CARTE MOBILITE INCLUSION INVALIDITE ET STATIONNEMENT**

Si l'évaluation médico-sociale détermine votre niveau de dépendance **en GIR 1 ou GIR 2 (13)**, souhaitez-vous bénéficier **de la carte mobilité invalidité et stationnement** (prévues aux articles L.241-3 et L. 241-3-2 du Code de l'Action sociale et des familles) ?

oui

non

<b>ALLOCATIONS ET PENSIONS PERCUES (montants mensuels) (1)</b>	<b>DEMANDEUR</b>
✓ une allocation compensatrice pour tierce personne	<input type="checkbox"/>
✓ une aide-ménagère au titre de l'aide sociale départementale	<input type="checkbox"/>
✓ une aide-ménagère versée par les caisses de retraite (CARSAT, MSA, autre ...)	<input type="checkbox"/>
Si oui, précisez le nombre d'heures ainsi que l'organisme payeur	.....
✓ une majoration pour aide constante d'une tierce personne ou une prestation complémentaire pour recours à tierce personne, versées par un organisme de sécurité sociale	<input type="checkbox"/>
✓ une prestation de compensation du handicap	<input type="checkbox"/>

**Attention** : Aucune de ces prestations n'est cumulable avec l'allocation personnalisée d'autonomie.

### **RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX REVENUS ET AU PATRIMOINE DU DEMANDEUR (14)**

◆ Les revenus déclarés figurant sur le dernier avis d'imposition :

Demandeur : .....€ Conjoint (5) : .....€

◆ Montants de l'Épargne et des Biens mobiliers :

Demandeur : .....€ Conjoint (5) : .....€

◆ Ressources ne figurant pas dans l'avis d'imposition ou de non-imposition à l'impôt sur le revenu : revenus soumis au prélèvement libératoire en application des articles 125-0 A et 125 D du Code général des impôts. (15)

Demandeur : .....€ Conjoint (5) : .....€

◆ Patrimoine **non exploité (16)** :

PROPRIÉTÉS		
Nature (17)	Adresse	Valeur locative (18)
..... <input type="checkbox"/> batie - <input type="checkbox"/> - non batie	..... ..... .....	..... €
..... <input type="checkbox"/> batie - <input type="checkbox"/> - non batie	..... ..... .....	..... €
..... <input type="checkbox"/> batie - <input type="checkbox"/> - non batie	..... ..... .....	..... €

\*

**Dispositions Réglementaires : Informatique et libertés**

La Direction de l'Autonomie de la Collectivité européenne d'Alsace, sise au 6b, rue du Verdon – 67100 STRASBOURG, recueille vos données personnelles, avec votre consentement, dans l'objectif d'instruire votre demande d'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

L'ensemble des données est obligatoire, tout défaut de réponse entrainera l'impossibilité de traiter votre dossier. Les informations enregistrées sont destinées aux services instructeurs de la Collectivité et ne peuvent être communiquées, en cas de besoin nécessaire à l'instruction de votre situation, qu'aux destinataires dûment habilités et intervenant strictement dans le cadre de votre dossier ainsi que des organismes en charge de la mise en œuvre du plan d'aide ou dans la perspective d'instruction.

La Collectivité européenne d'Alsace est la responsable du traitement de vos données personnelles. Le traitement est nécessaire au respect d'une obligation légale à laquelle le responsable du traitement est soumis (Article 6-1 C du RGPD). Les données enregistrées sont conservées conformément aux prescriptions des archives départementales et à l'article Art. R. 232-46 du code de l'action sociale et des familles.

Les informations recueillies vous concernant font l'objet d'un traitement informatique, auquel vous consentez. Ces données pourront être réutilisées afin de créer des statistiques.

Conformément aux articles 39 et suivants de la loi « informatique et libertés » du 06 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification aux informations qui vous concernent.

Il vous est également possible de vous opposer au traitement de données vous concernant et de demander la limitation du traitement, sauf si ce droit a été écarté par une disposition législative.

Depuis l'entrée en vigueur du Règlement Européen sur la Protection des données (RÈGLEMENT (UE) 2016/679) le 25 mai 2018, tout usager a le droit de s'opposer au profilage, de demander la limitation du traitement et d'introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle.

Pour exercer vos droits adressez-vous directement au Délégué à la protection des données :

- Par courrier : Collectivité européenne d'Alsace  
Délégué à la protection des données - Place du Quartier Blanc 67 000 Strasbourg
- Grâce au formulaire de contact destiné au Délégué à la protection des données que vous pouvez trouver sur le site du Bas-Rhin.

En cas de conflit, vous disposez du droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL.

Je soussigné(e), ..... agissant en mon nom propre  
ou en ma qualité de représentant de (19) .....,  
certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus.

J'autorise l'équipe médicosociale à contacter directement, en cas de besoin, mon médecin traitant.  
J'autorise la transmission de mon dossier aux caisses de retraite si nécessaire.

Fait à .....le ..... Signature :

**DEMANDE A RETOURNER, DÛMENT COMPLÉTÉE ET SIGNÉE, A:**  
Monsieur le Président de la Collectivité européenne d'Alsace

Maison de l'Autonomie

6b, rue du Verdon - 67 100 STRASBOURG



**DIRECTION DE L'AUTONOMIE**

# NOTICE EXPLICATIVE

## du formulaire de demande de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)

*Vous allez déposer votre dossier de demande d'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Les indications ci-dessous vous seront utiles pour le compléter.*

*Dès réception de votre dossier de demande complet, une équipe médico-sociale évaluera votre perte d'autonomie. Un GIR (Groupe Iso Ressource) sera ainsi déterminé. Il permettra, en fonction des besoins relevés, d'établir le montant de votre allocation si celle-ci vous est accordée.*

- (1)** Cocher la case correspondante.
- (2)** Dans ce cas, joindre un avis d'admission et si l'établissement n'est pas dans le Bas-Rhin, un arrêté de tarification.
- (3)** Précisez. Par exemple : domicile d'un proche (fille/fils etc...).
- (4)** Ne pas remplir si le demandeur réside à son domicile depuis plus de 3 mois. Toutefois, à préciser si le demandeur réside :
  - à son domicile depuis moins de 3 mois;
  - est actuellement hébergé en établissement;
  - est actuellement hébergé au titre de l'accueil familial;
  - est actuellement hébergé par un proche.
- (5)** Par conjoint, il est entendu l'époux / l'épouse, le concubin / la concubine ou la personne avec laquelle le demandeur a conclu un PACS.
- (6)** Française / ressortissant de l'Union Européenne / autre... (précisez).
- (7)** Célibataire, marié, divorcé, veuf, concubinage, PACS... (précisez).
- (8)** Joindre à la demande une copie du jugement.
- (9)** A remplir si l'adresse du conjoint est différente de celle du demandeur.
- (10)** A remplir si la personne qui a complété le formulaire n'est pas le demandeur lui-même.

- (11) Ce volet du dossier de demande vise à apporter des premières informations sur **les personnes de votre famille ou de votre entourage amical ou de voisinage qui vous apportent une aide** dans la vie quotidienne, qu'on dénommera "aidants" dans ce qui suit. **Son remplissage est facultatif.**
- (12) Par exemple : accompagnement dans les déplacements à l'extérieur de votre domicile, courses... Durée et périodicité approximatives de cette aide pour une journée, une semaine ou un mois (selon ce qui vous paraît le plus pertinent).
- (13) Les Groupes Iso-ressources (GIR) 1 et 2 sont les niveaux de perte d'autonomie les plus importants. Pour les bénéficiaires évalués en GIR 1 ou GIR 2, le département transmet l'information à la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) pour qu'elle procède à l'édition des cartes demandées.
- (14) Les éléments relatifs aux revenus et au patrimoine du demandeur servent uniquement au calcul de la participation éventuelle à la charge du demandeur. Si le présent formulaire ne permet pas de faire figurer l'ensemble des éléments du patrimoine, il est nécessaire de les indiquer sur une feuille séparée.
- (15) Précisez le montant (cf. attestation bancaire à joindre à la présente demande) pour le demandeur et, le cas échéant, pour son conjoint, son concubin ou la personne avec laquelle il a conclu un PACS.
- (16) A renseigner pour le demandeur et, le cas échéant, pour son conjoint, son concubin ou la personne avec laquelle il a conclu un PACS.
- (17) Par exemple : maison, immeuble, appartement **non loués**. Ne pas mentionner la résidence principale si elle est occupée par le demandeur, son conjoint, son concubin, la personne avec laquelle il a conclu un PACS, ses enfants ou petits-enfants. La case « non batie » correspond par exemple à des terres, terrains, forêts **ne rapportant aucun revenu foncier**
- (18) Il s'agit de la valeur locative figurant sur le dernier relevé des taxes foncières.
- (19) Rayer la mention inutile. Il doit s'agir soit du demandeur lui-même ou de son représentant légal (tuteur ou curateur).
- (20) Prothèses auditives. Si vous cochez uniquement cette demande, l'évaluation sera effectuée sur pièces. Aucune autre participation financière ne sera proposée. Voir ci-après les pièces nécessaires à ce type de demande

## **LISTE DES PIÈCES A FOURNIR A LA DEMANDE \***

### **I - Pièces à joindre impérativement à la demande :**

- une photocopie du **livret de famille** ou de la **carte nationale d'identité** ou d'un **passport de la Communauté Européenne** ou de **l'extrait d'acte de naissance** ou d'une copie de la **carte de résidence** ou du **titre du séjour**, en cas de nationalité étrangère du demandeur.
- une photocopie du dernier **avis d'imposition** ou de **non-imposition** à l'impôt sur le revenu du demandeur, de son conjoint ou de la personne vivant maritalement avec le demandeur, ou ayant conclu un PACS.
- un relevé d'identité bancaire ou postal du compte courant du demandeur. (Le RIB du livret A n'est pas accepté).

### **II - Pièces à joindre à la demande selon la situation du demandeur :**

- 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, relevé annuel d'assurance vie...)
- pour les personnes résidant en établissement : un avis d'admission, un arrêté de tarification si l'établissement n'est pas dans le Bas-Rhin et un relevé d'identité bancaire au nom de l'établissement (il appartient au directeur de l'établissement de fournir ces documents au demandeur).
- une copie du jugement de tutelle, curatelle, sauvegarde de justice ou habilitation familiale

**\*En l'absence de ces pièces, le dossier ne sera pas traité**





**DIRECTION DE L'AUTONOMIE**  
**Service des Droits et**  
**Prestations pour l'Autonomie**  
**des Personnes Agées et**  
**Handicapées**

*Cher confrère,*

*Votre patient a fait une demande d'allocation personnalisée d'autonomie.*

*Afin de pouvoir traiter son dossier dans les meilleurs délais, je vous prie de bien vouloir compléter ce formulaire. Pour des questions de confidentialité, vous avez la possibilité de me transmettre la partie médicale sous enveloppe.*

*Je me permettrai de prendre éventuellement contact avec vous pour des renseignements complémentaires.*

*Avec tous mes remerciements.*

*Le Médecin de la Collectivité  
européenne d'Alsace*

**PATIENT**

Nom et prénom du patient :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone :

**MEDECIN TRAITANT (cachet)**

Nom :

Adresse :

Téléphone :

Signature :

Date :

## AFFECTIONS A L'ORIGINE DE LA DEPENDANCE

### ÉLÉMENTS DE DÉPENDANCE PHYSIQUE

#### 1. Transferts et déplacements

##### 1.1 Transferts (se lever, se coucher, s'asseoir)

seul  aide ponctuelle  aide systématique

##### 1.2. Déplacements intérieurs

seul  aide ponctuelle  aide systématique

#### 2. Soins personnels

##### 2.1 Toilette

seul  aide partielle ou stimulation  aide totale

##### 2.2 habillage

seul  aide partielle ou stimulation  aide totale

#### 3. Alimentation (hors préparations des repas)

##### 3.1 Se servir

seul  aide partielle (couper...)  aide totale

##### 3.2 Manger

seul  aide partielle  aide totale

#### 4. Gestion de l'élimination

##### 4.1 Urines

gère seul  partiellement  ne gère pas

##### 4.2 Selles

gère seul  partiellement  ne gère pas

## ETAT NEURO-PSYCHOLOGIQUE

Troubles de la mémoire	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Troubles de la cohérence	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Désorientation temporo-spatiale	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Agitation, fugues, surveillance	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Troubles du langage	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

## AIDES EN PLACE

**Aidants** : (infirmières, aides-soignantes, aide-ménagères ...) :

**Aides techniques** : (fauteuil roulant, déambulateur, canne ....) :

**Autres** : (articles d'hygiène, téléalarme ...) :