



**PUY-DE-DÔME**  
LE DÉPARTEMENT

Direction Générale  
de la Solidarité et de l'Action Sociale

Direction de la Solidarité

## APA A DOMICILE

### Révision

1. Le dossier doit impérativement être rempli dans son intégralité et accompagné des pièces justificatives figurant en page 4.

2. En cas de dossier non rempli ou d'absence de pièces justificatives, le dossier d'Allocation Personnalisée d'Autonomie sera déclaré incomplet.

### LE DEMANDEUR

NOM : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse du domicile : .....

.....

N° téléphone : .....

Mail : .....

### PERSONNE A CONTACTER (autre que le demandeur)

NOM : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

N° téléphone : .....

Mail : .....

Lien de parenté : .....

### Dossier à retourner daté et signé au :

Conseil Départemental du Puy-de-Dôme

Direction de la Solidarité - Service Aide sociale prestations

Hôtel du Département

24 rue Saint-Esprit

63033 CLERMONT-FERRAND cedex 1

ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE

## **LE DEMANDEUR**

Si votre situation a changé depuis l'octroi de l'allocation personnalisée d'autonomie, veuillez préciser :

► **Changement de votre situation familiale :**

Veuf(ve) depuis le : .....

Divorcé(e) depuis le : .....

Marié(e) depuis le : .....

Concubin(e) depuis le : .....

Pacsé(e) depuis le : .....

► **Changement de domicile, indiquez la nouvelle adresse :** .....

Depuis le : .....

S'agit-il d'un :

Etablissement     Famille d'accueil à titre onéreux     Domicile d'un tiers (ami, famille)

► **Mise en place d'une mesure de protection juridique :** (joindre copie du jugement)

Sauvegarde de justice     Tutelle     Curatelle     Mesure d'accompagnement social personnalisé

Depuis le : .....

**Nom, adresse et téléphone du tuteur ou de l'association chargée de la mesure** .....

## **LE(LA) CONJOINT(E), CONCUBIN(E), PACSE(E)**

NOM et Prénom : .....

Date de naissance : .....

Est-il bénéficiaire de l'APA :     OUI     NON

**Lieu de résidence du(de la) conjoint(e), concubin(e) ou pacsé(e) si différent du demandeur :**

Domicile     Établissement     Famille d'accueil à titre onéreux

N° ..... Rue : ..... Bâtiment : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

# LES REVENUS ET LE PATRIMOINE DU FOYER

Ces rubriques doivent être impérativement remplies. A défaut, le versement de l'APA sera interrompu.

## ► BIENS IMMOBILIERS (immeubles, terrains,...)

Nature	Adresse

En ce qui concerne votre logement, êtes-vous :

Propriétaire       Usfruitier       Locataire       Occupant à titre gratuit

## ► COMPTE(S) COURANT(S) (du demandeur, de son conjoint(e), concubin(e) ou partenaire d'un pacs)

**Montant** (à la date de constitution du dossier) : .....

**Nom de la banque détentrice** : .....

## ► CAPITAUX MOBILIERS, EPARGNE (du demandeur, de son conjoint(e), concubin(e) ou partenaire d'un pacs)

Nature	Montant	Nom de la banque détentrice	Nature	Montant	Nom de la banque détentrice
Livrets d'Épargne 1 <sup>er</sup> livret 2 <sup>ème</sup> livret			Bons d'épargne, bons de caisse, bons de capitalisation du trésor		
Livret d'Épargne Populaire			SICAV et Fonds communs de placement		
CODEVI – Livret de développement durable			PEP		
Livret ou compte épargne logement			SCPI		
Valeurs : obligations, actions			Bons anonymes		
			Épargne Assurance Vie		
			Autres (à préciser)		

→ Si vous ne disposez d'aucun placement, cochez la case ci-contre

Joindre un relevé de votre situation financière en faisant apparaître l'absence de capitaux

## RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

### ► Bénéficiez-vous actuellement :

- d'une majoration pour aide constante d'une tierce personne       NON       OUI\*
- de la prestation de compensation du handicap       NON       OUI
- de l'aide ménagère versée par les caisses de retraite       NON       OUI\*

**NB : L'APA n'est cumulable avec aucune des prestations ci-dessus**

\* Joindre la copie de la décision

**Je m'engage à signaler toute modification concernant ma situation et celle de mon conjoint, ou concubin, ou pacsé.**

Je soussigné(e), .....agissant en mon nom propre/en ma qualité de représentant (1) 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 et autorise les services du Conseil départemental à transmettre ce dossier à ma caisse de retraite dans l'hypothèse où ma demande d'allocation personnalisée d'autonomie serait rejetée.

Je suis informé(e) que ma situation pourra éventuellement faire l'objet d'un examen en équipe pluridisciplinaire.

Date : ...../...../.....

**Signature**

## **LISTE DES PIECES JUSTIFICATIVES A JOINDRE AU DOSSIER DE DEMANDE**

- \* Certificat médical "APA" sous pli confidentiel.
- \* Courrier détaillé justifiant la demande de révision.
- \* Copie intégrale du dernier avis d'imposition ou de non-imposition à l'impôt sur le revenu du demandeur et du (de la)concubin(e) ou partenaire d'un pacs.
- \* Copie recto-verso du dernier relevé de la taxe foncière sur les propriétés bâties et non bâties. A défaut, joindre un relevé de propriété.
- \* Relevé détaillé de la situation financière du demandeur, de son conjoint(e), concubin(e) ou partenaire d'un pacs établi par son/ses établissements bancaires et/ou compagnie(s) d'assurance.

### **Article L 232.16 du Code de l'Action Sociale et des Familles**

"Pour vérifier les déclarations des intéressés, les services de l'évaluation des droits à l'allocation personnalisée d'autonomie peuvent demander toutes les informations nécessaires aux administrations publiques, notamment aux administrations fiscales, aux collectivités territoriales, aux organismes de sécurité sociale et de retraite complémentaire qui sont tenus de les leur communiquer. (...)"

### **Article l 135-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles**

**"Le fait de percevoir frauduleusement ou de tenter de percevoir frauduleusement des prestations au titre de l'aide sociale est puni des peines prévues par les articles 313-1, 313-7 et 313-8 du Code pénal" (notamment 5 ans d'emprisonnement et 375 000 € d'amende)**

**Selon la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001, le décret n° 2001-1085 du 20 novembre 2001, la loi n° 2003-289 du 31 mars 2003 et le Règlement départemental d'aide sociale, le Conseil général a la possibilité d'effectuer un contrôle de l'effectivité de la dépense de l'aide accordée.**

### **Selon la loi du 06/01/1978**

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.

Pour l'exercice de ce droit, il convient de vous adresser selon la prestation dont vous bénéficiez, en justifiant de votre identité, à : Monsieur le Président du Conseil Départemental du Puy-de-Dôme – 24 Rue Saint-Esprit – 63033 CLERMONT-FERRAND Cedex 1

(1) Rayer la mention inutile