

## DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE (APA) EN ETABLISSEMENT

Destinée aux personnes âgées de plus de 60 ans et plus en perte d'autonomie

*Modifié par Décret n°2023-593 du 11 juillet 2023 - art. 1*

### • QUI PEUT DEMANDER L'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE EN ETABLISSEMENT ?

Toute personne âgée de 60 ans ou plus remplissant les conditions suivantes:

- ✓ Résider en France
- ✓ Attester d'une résidence stable

### • QUELLES SONT LES DÉMARCHES À ACCOMPLIR ?

Compléter le dossier de demande d'allocation personnalisée d'autonomie en établissement si vous n'avez pas déjà de dossier d'allocation personnalisée d'autonomie à domicile et joindre les justificatifs demandés.

### • COMMENT EST CALCULÉ LE MONTANT DE L'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE ?

Le montant de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie susceptible d'être attribué dépend de trois éléments :

- ✓ Du degré de la perte d'autonomie de la personne âgée
- ✓ Des tarifs dépendance de l'établissement d'accueil
- ✓ De la participation financière du demandeur calculée en fonction des ressources

### Liste des pièces justificatives à joindre impérativement au dossier de demande

- La photocopie du livret de famille ou de la carte nationale d'identité ou d'un passeport de la Communauté européenne ou un extrait d'acte de naissance ; ou, s'il s'agit d'un demandeur de nationalité étrangère, la photocopie de la carte de résidence ou du titre de séjour ;
- 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 ; 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...) ;
- Un relevé d'identité bancaire ou postal.

Dossier à retourner à :

**CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE LA CREUSE**  
**Pôle Cohésion Sociale**  
**Direction « Personnes en Perte d'Autonomie »**  
**13, rue Joseph DUCOURET**  
**23000 GUERET**  
[secretariatdppa@creuse.fr](mailto:secretariatdppa@creuse.fr)  
**Tél : 05 44 30 24 92**

DATE DE LA DEMANDE :  
(Tampon dateur)

DOSSIER N° :

ETAT CIVIL		
	Demandeur de l'APA	<input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Concubin <input type="checkbox"/> Pacsé
Nom d'usage		
Nom de naissance		
Prénom(s)		
Date et Lieu de naissance	...../...../.....	...../...../.....
Numéro de sécurité sociale		
Nationalité	<input type="checkbox"/> française <input type="checkbox"/> ressortissant de l'Union européenne <input type="checkbox"/> ressortissant hors Union européenne	
Situation de famille	<input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> marié(e) <input type="checkbox"/> divorcé(e) <input type="checkbox"/> veuf(ve) <input type="checkbox"/> pacsé(e) <input type="checkbox"/> concubin(e)	depuis le :
Caisse de retraite principale		

Mesure de Protection :

Faites-vous l'objet d'une mesure de protection juridique ?

Oui  non  autre

Si oui, laquelle :

Tutelle  Curatelle  Sauvegarde de justice  Habilitation familiale<sup>2</sup>  Mandat de protection future<sup>3</sup> actif   
non actif

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 : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

**ADRESSE DU DEMANDEUR**

**Adresse de l'établissement d'hébergement :**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Adresse précédente du demandeur :**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ADRESSE DU CONJOINT, CONCUBIN, PACSE**

**Adresse :**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**RESIDENCE DU DEMANDEUR**

L'adresse indiquée ci-dessus, correspond :

- à votre domicile en tant que     propriétaire     locataire
- à un hébergement chez un membre de votre famille ou autre
- à un accueil familial chez un particulier à titre onéreux (*n'est pas acquisitif de secours*)
- à une résidence autonomie
- à un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)
- autre, précisez : \_\_\_\_\_

**Date d'arrivée à cette adresse :**    ...../...../.....

Avez-vous eu plusieurs adresses au cours des 3 derniers mois avant votre entrée en établissement ?

- oui     non    ***Si oui, joindre les justificatifs***

**AIDES DEJA ACCORDEES**

<b>Etes-vous bénéficiaire ou avez-vous demandé les aides suivantes :</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b><i>Si oui, joindre un justificatif</i></b>
Prestation de Compensation du Handicap (PCH)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Allocation Compensatrice Tierce Personne (ACTP)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prestation Complémentaire pour Recours à Tierce Personne (PCRTP)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Majoration Tierce Personne (MTP)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prestation légale d'aide-ménagère par les caisses de retraites au titre de l'aide sociale dépendance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**ATTENTION : Aucune de ces prestations n'est cumulable avec l'APA**

LES RESSOURCES DU FOYER		
	Vous-même (demandeur de l'APA)	Montant pour votre conjoint, concubin ou partenaire de pacs
Pension, retraites, rentes, salaires	€/an	€/an
Revenus professionnel non- salariés, revenus agricole	€/an	€/an
Revenus fonciers	€/an	€/an
Revenus des revenus soumis aux prélèvements libératoires	€/an	
Autres revenus (à préciser)		

LE DEMANDEUR OU SON CONJOINT, CONCUBIN, PARENNAIRE PACS, EST-IL ?
Locataire ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Usufruitier ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Propriétaire de biens immobiliers * <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non *Si oui : joindre les justificatifs : taxe foncière, déclaration de revenus fonciers

**PATRIMOINE DU FOYER**

Nature des biens/adresses Ex : maisons, appartement, terres agricoles...	Usage actuel du ou des biens Préciser pour chaque bien s'il est occupé par le demandeur ou un tiers (lien de parenté) A titre gratuit, locatif, fermage, usufruit, non exploité	Montant annuel des revenus Fonciers procurés par les biens

**Si le demandeur et/ou son conjoint(e) ou concubin(e), partenaire PACS, possède des biens mobiliers et des capitaux non placés de valeur, les déclarer dans le tableau suivant en précisant leur montant ou leur valeur estimée.**

Exemples : œuvres d'art de collection, voitures de luxe ... Joindre si nécessaire une liste complémentaire sur papier

Nature	Montant Valeur estimée

**PERSONNE DE CONFIANCE (à contacter en cas de nécessité et/ou pour m'assister en cas de besoin)**

M. / Mme : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Téléphone fixe : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Statut de la personne de confiance :

Conjoint(e)

Enfant

Petit-enfant

Frère, sœur, neveu, nièce

Tuteur, curateur

Ami(e)

Autre, précisez : \_\_\_\_\_

J'autorise l'envoi de toute correspondance concernant mon dossier à la personne ci-dessus désignée, si elle en fait la demande par écrit.

**DECLARATION SUR L'HONNEUR**

Je, soussigné(e) (Nom, prénom) : \_\_\_\_\_

agissant en mon nom propre

en ma qualité de représentant légal de M. / Mme

certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus, fournis dans le cadre de ma demande d'APA en établissement et autorise la transmission par le conseil départemental du dossier aux caisses de retraite (en cas de rejet d'allocation personnalisée d'autonomie).

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature obligatoire du demandeur ou du représentant légal\*

(\*) En cas d'incapacité de signer du demandeur et en l'absence de mesure de protection, fournir un certificat médical attestant l'incapacité de signer du demandeur.

**DEMANDE SIMPLIFIEE D'UNE CARTE MOBILITE INCLUSION (CMI)**

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

Souhaitez-vous bénéficier de la carte mobilité inclusion comportant la mention " invalidité " prévue à l'article L. 241-3 : oui  non

Souhaitez-vous bénéficier de la carte mobilité inclusion comportant la mention " stationnement pour personnes handicapées " prévue à l'article L. 241-3 : oui  non

Dans les départements où la CMI " priorité " et " stationnement " peut être délivrée sur appréciation de l'équipe médico-sociale APA, en application du III de l'article L. 241-3 :

L'équipe médico-sociale peut apprécier si votre situation justifie l'attribution de la mention " priorité " et/ou de la mention " stationnement pour personnes handicapées " de la CMI.

Souhaitez-vous bénéficier de la carte mobilité inclusion comportant la mention " priorité " prévue à l'article L. 241-3 : oui  non

Souhaitez-vous bénéficier de la carte mobilité inclusion comportant la mention " stationnement pour personnes handicapées " prévue à l'article L. 241-3 : oui  non

**Si oui, le demandeur doit faire la demande de CMI auprès de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) de son lieu de résidence.**