

Le demandeur est-il sous tutelle ? Oui Non

Si oui, précisez le nom du responsable légal :

Adresse :

Adresse mail : Téléphone : | | | | | | | | | | | | | | | |

Autre personne à contacter (à noter : en cas de tutelle, seul le tuteur recevra les courriers)

Nom : Prénom(s) :

Nom de naissance (si différent) : Date de naissance : | | | | | | | | | | | | | | | |

Adresse postale :

Adresse mail : Téléphone : | | | | | | | | | | | | | | | |

Lien avec le demandeur : Portable : | | | | | | | | | | | | | | | |

Souhaitez-vous que les courriers soient adressés à cette personne ? Oui Non

Autres aides déjà perçues. Si vous bénéficiez déjà d'une aide, précisez :

Aides	Organisme financeur
Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP)	
Prestation de Compensation du Handicap (PCH)	
Majoration pour tierce personne (MTP ou PC RTP)	
Aide-ménagère versée par une caisse de retraite	
Aide-ménagère au titre de l'aide sociale départementale	

Revenus et patrimoine

• Êtes-vous propriétaire d'un ou plusieurs biens immobiliers bâtis : Oui Non

Si vous êtes propriétaire de votre résidence principale, celle-ci est occupée par :

Vous et/ou votre conjoint Vos Enfant(s) ou petit(s)enfant(s) Autre personne Inoccupée

• Avez-vous des ressources ne figurant pas sur votre avis d'imposition : Oui, montant : Non

Demande de Carte Mobilité Inclusion C.M.I ? :

Souhaitez-vous bénéficier de la CMI invalidité - priorité : Oui Non

CMI stationnement : Oui Non

Signature :

Je soussignée : madame monsieur

Nom, prénom :

Agissant en mon nom propre en qualité de représentant légal

- Certifie sur l'honneur l'exactitude de tous les renseignements figurants sur le présent dossier, avoir pris connaissance des sanctions encourues en cas de fausse déclaration et m'engage à fournir toutes les pièces justificatives qui me seraient demandées.
- M'engage à signaler tout changement de situation (hospitalisation, entrée en EHPAD, déménagement...).
- Autorise le Département à transmettre mon dossier à la CARSAT/MSA pour évaluation s'il s'agit de ma caisse de retraite.
- Autorise le Département à transmettre sa décision aux organismes concernés.

Fait à,

Le | | | | | | | | | | | | | | | |

Signature

Dossier Individuel de demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie

Documents à joindre au dossier :

- Copie recto-verso d'une **pièce d'identité** (carte nationale d'identité, passeport de l'union européenne). Si le demandeur est ressortissant d'un pays hors Union européenne, copie recto verso de son titre de séjour ou de sa carte de résidence.
- Copie recto-verso du dernier **avis d'imposition** sur les revenus
- Copie recto-verso du dernier **avis d'imposition** sur les revenus du **conjoint**, concubin ou personne avec laquelle il a été conclu un PACS.
- Copie recto-verso du ou des derniers relevés de **taxes foncières**
- **Relevé d'identité bancaire** au nom du demandeur.
- Copie de la **mesure de protection (jugement de tutelle, curatelle...)**
- Si demande APA en établissement, copie du **bulletin de présence** en établissement

Ce dossier est à transmettre au service autonomie de la Maison du Département du lieu de résidence du demandeur (Adresse de la maison du département selon votre commune de résidence disponible ici : https://www.isere.fr/mda38/professionnel/pa/Documents/Ou_deposer_les_formulaires_de_demandes.pdf).

A noter

- Si toutes les pages de vos documents ne sont pas transmises votre dossier sera déclaré incomplet.
- **Ne pasagrafer** vos documents justificatifs

Mentions légales

Article L232-16 du code de l'action sociale et des familles :

"Pour vérifier les déclarations des intéressés et s'assurer de l'effectivité de l'aide qu'ils reçoivent, les services chargés de l'évaluation des droits à l'allocation personnalisée d'autonomie et du contrôle de son utilisation 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."

Respect du Règlement Général de Protection des Données (RGPD) :

Le Département de l'Isère est Responsable du traitement n° 08.02.01.01, destiné à gérer l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

Les informations collectées, fournies par vos soins sur ce formulaire, font l'objet d'un traitement informatique auquel vous consentez, car ce dispositif relève de la base légale « mission d'intérêt public » (Décret n° 2017-880 du 9 mai 2017). *

Toutes les informations demandées sont obligatoires (tout défaut de réponse peut entraîner l'impossibilité de traiter votre demande).

Les informations collectées sont utilisées par les services de la collectivité et par les partenaires institutionnels chargés du dispositif.

Les données à caractère personnel sont conservées 6 ans après la sortie du dispositif.

Conformément au Règlement Général de Protection des Données (RGPD) et à la loi informatique et libertés modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de limitation ou d'opposition des informations qui vous concernent.

Pour exercer ces droits, vous devez adresser votre demande, en justifiant de votre identité, par mail (dpo@isere.fr) ou par voie postale (Département de l'Isère, Déléguée à la Protection des Données (DPO), CS 41096, 38022 Grenoble Cedex 1).

En cas de non réponse dans les délais légaux, vous pourrez introduire une réclamation auprès de la CNIL (3 Place Fontenoy, TSA 80715, 75334 Paris cedex www.cnil.fr).



Fiche de renseignements médico-sociaux

Nom et prénom du demandeur : Le

Les renseignements demandés sont nécessaires pour un meilleur suivi de votre situation, dès le dépôt de votre demande. Ils ne déterminent pas vos droits à l'APA, mais ils permettent de **préparer la visite à domicile** qui sera effectuée par un référent médico-social.

Vous	Oui	Non
Vivez-vous seul(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recevez-vous au moins une visite par semaine en dehors des professionnels qui interviennent à votre domicile ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sortez-vous au moins une fois par semaine (courses, sorties, loisirs, ...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estimez- vous que votre habitat est isolé (éloigné des autres habitations) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Au cours des 3 derniers mois :	Oui	Non
Avez-vous perdu du poids ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous fait une chute ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous vécu un évènement majeur (deuil, entrée de votre conjoint en établissement, ...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous été hospitalisé ? si oui, précisez : la durée : jours et l'établissement :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans la vie quotidienne, vous avez besoin d'aide pour :	Oui	Non
Vous déplacer dans les principales pièces de votre logement (cuisine, chambre, salle de bains, WC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gérer votre budget et vos papiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utiliser un moyen de transport (véhicule, transports en commun)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utiliser le téléphone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suivre votre traitement médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aide extérieure	Oui	Non
Etes-vous suivi(e) par un service d'aide à domicile ? Si oui, lequel :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bénéficiez-vous de soins infirmiers ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Employez-vous une aide à domicile avec des chèques emploi services ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médecin	Oui	Non
Acceptez-vous que le médecin du Département prenne contact avec votre médecin traitant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre médecin traitant est le docteur		
Son numéro de téléphone est :/...../...../...../.....		