

# Dossier Individuel de demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie

**Veillez cocher :**  
 APA à Domicile  
 APA en Etablissement

**Demandeur** :  Madame     Monsieur (attention : 1 seul demandeur par formulaire)

Nom : ..... Prénom(s).....

Nom de naissance (*si différent*) : ..... Date de naissance :

Lieu de naissance : ..... Nationalité : .....

Situation familiale :  marié(e)     concubin(e)     pacsé(e)     veuf ou veuve     célibataire     divorcé(e)

N° sécurité sociale :            clé

Caisse de retraite principale :  CARSAT     MSA     Autre : .....

Adresse mail : ..... Téléphone :

**Adresse actuelle du demandeur**

Type  Domicile ou Résidence privée     Accueil familial agréé     Résidence autonomie ou Petite Unité de Vie  
 Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD, MAPAD...)

Adresse : .....

Code postal :       Ville : .....

Date d'arrivée à cette adresse :

**Adresse précédente** : .....

Code postal :       Ville : .....

Type  Domicile ou Résidence privée     Accueil familial agréé     Résidence autonomie ou Petite Unité de Vie  
 Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD, MAPAD...)

**Conjoint, concubin, pacsé** :  Madame     Monsieur

Nom : ..... Prénom(s).....

Nom de naissance (*si différent*) : ..... Date de naissance :

Lieu de naissance : ..... Nationalité : .....

N° sécurité sociale :            clé

Adresse mail : ..... Téléphone :

Votre conjoint, concubin ou pacsé perçoit-il une aide destinée aux personnes âgées ou handicapées ?  
 Non     Oui, si oui versée par quel département ?.....

**Résidence actuelle du conjoint, concubin, pacsé**

Type  Domicile ou résidence privée     Accueil familial agréé     Résidence autonomie ou Petite Unité de Vie  
 Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

Adresse : .....

Code postal :       Ville : .....

**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](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](mailto: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](http://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.

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