

DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE ETABLISSEMENT (APA)

d'une personne de soixante ans ou plus auprès du Département

A - IDENTIFICATION DU DEMANDEUR

Nom	<input type="text"/>		
Nom de naissance	<input type="text"/>		
Prénom(s)	<input type="text"/>	Lieu de naissance	<input type="text"/>
Date de naissance	<input type="text"/>		
Nationalité	<input type="text"/>		
Date de fin de validité du titre de séjour	<input type="text"/>		
N° de sécurité sociale	<input type="text"/>		
Nom de la caisse de retraite principale	<input type="text"/>		
Situation familiale actuelle	<input type="checkbox"/> marié(e)	<input type="checkbox"/> concubin(e)	<input type="checkbox"/> pacsé(e)
Depuis le <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> célibataire	<input type="checkbox"/> divorcé(e)	<input type="checkbox"/> veuf(ve)

B - ADRESSE DU DEMANDEUR

ADRESSE ACTUELLE :	
Depuis le <input type="text"/>	Etablissement <input type="text"/>
N° et nom de la voie <input type="text"/>	
Code Postal <input type="text"/>	Commune <input type="text"/>
ADRESSE PRECEDENTE 1 - A REMPLIR OBLIGATOIREMENT :	
Depuis le <input type="text"/>	
Adresse <input type="text"/>	
Code postal <input type="text"/>	Commune <input type="text"/>
ADRESSE PRECEDENTE 2 :	
Depuis le <input type="text"/>	
Adresse <input type="text"/>	
Code postal <input type="text"/>	Commune <input type="text"/>

Adresse précédente (2) : à remplir uniquement si l'adresse précédente (1) est un établissement, une résidence Autonomie ou un accueil familial. L'adresse mentionnée ici doit correspondre au dernier domicile occupé avant toute entrée en structure (Accueil familial, Résidence Autonomie, établissement).

C - REPRESENTANT LEGAL

Le demandeur fait-il l'objet d'une mesure de protection juridique ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON			
Si oui, préciser :	<input type="checkbox"/> Sauvegarde de justice	<input type="checkbox"/> Curatelle simple	<input type="checkbox"/> Curatelle renforcée	<input type="checkbox"/> Tutelle	<input type="checkbox"/> Autre
Nom du représentant légal ou de l'organisme de tutelle	<input type="text"/>				
Tél <input type="text"/>	Courriel	<input type="text"/>			

Joindre impérativement la copie intégrale du jugement

D - IDENTIFICATION du CONJOINT, CONCUBIN, ou PERSONNE PACSEE

DEM-APA-ETAB-WEB02

Nom	<input type="text"/>		
Nom de naissance	<input type="text"/>		
Prénom(s)	<input type="text"/>		
Date de naissance	<input type="text"/>	Lieu de naissance	<input type="text"/>
Nationalité	<input type="text"/>		
Date de fin de validité du titre de séjour (hors Union Européenne)	<input type="text"/>		
N° de sécurité sociale	<input type="text"/>		
Nom de la caisse de retraite principale	<input type="text"/>		
Adresse du conjoint	<input type="text"/>		
Code postal	<input type="text"/>	Commune	<input type="text"/>
Téléphone	<input type="text"/>	Courriel	<input type="text"/>

E - REFERENT SI DIFFERENT DU CONJOINT

Personne référente à contacter			
Nom	<input type="text"/>		
Prénom	<input type="text"/>		
Date de naissance	<input type="text"/>		
Lien avec le demandeur (parenté, autres)	<input type="text"/>		
Adresse	<input type="text"/>		
Code postal	<input type="text"/>	Commune	<input type="text"/>
Tél	<input type="text"/>	Courriel	<input type="text"/>

F - RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

Le demandeur bénéficie-t-il actuellement des prestations suivantes ?	
	<i>Demandeur</i>
Majoration pour aide constante tierce personne (MTP)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Prestation complémentaire recours à tierce personne (PCRTP)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Aide ménagère versée par les caisses de retraite	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

G - DEMANDE DE CARTES (INVALIDITE, STATIONNEMENT)

Le demandeur souhaite-t-il bénéficier d'une carte ?	
	<i>Demandeur</i>
Carte d'invalidité	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Carte de stationnement	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Si le demandeur souhaite bénéficier d'une carte d'invalidité ou de stationnement, cocher le type de carte demandée. La carte sera attribué uniquement si la demandeur est classé en GIR1 ou GIR2.	

H - PIECES A JOINDRE A LA DEMANDE

<p>1 - Copie d'un justificatif d'identité : copie de la carte d'identité recto-verso, ou du livret de famille, ou d'un passeport de l'Union européenne ou d'un extrait de naissance. Pour un demandeur de nationalité étrangère hors Union européenne, fournir la copie de la carte de résident ou du titre de séjour en cours de validité. Le permis de conduire n'est pas accepté.</p> <p>2 - Copie d'un justificatif de domicile : fournir les copies des 3 dernières quittances de loyer ou des factures (électricité, téléphone, gaz, eau). Pour les résidents en accueil familial agréé ou en EHPAD, résidence autonomie, foyer logement, RPA, EHPA, fournir la copie de la dernière taxe d'habitation ou une déclaration sur l'honneur mentionnant l'ancienne adresse. Ces justificatifs doivent être fournis pour chaque adresse mentionnée</p> <p>3 - Attestation de présence dans l'établissement + grille AGGIR + arrêté de tarification de l'établissement (si l'établissement est situé en dehors de la Gironde)</p> <p>Le cas échéant :</p> <p>4 - En cas de mesure de protection juridique (sauvegarde, curatelle, tutelle, habilitation familiale), copie intégrale du jugement</p>
--

Je soussigné(e), agissant :

- en mon nom propre
- en qualité de représentant légal
- autre signataire (Préciser : Conjoint Référent Autre *)

Certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis dans le cadre de la demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie,
 Prends connaissance qu'en vertu de l'article L.232-16 du code de l'action sociale et des familles, les services du Département chargés d'évaluer les droits à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie peuvent solliciter les administrations publiques, notamment fiscales, et les organismes de sécurité sociale et de retraite complémentaire, pour obtenir tout élément,
 Autorise le Conseil Départemental à informer les caisses de retraite en cas d'attribution ou de rejet de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie.

Fait à , le

Signatures

du (des) demandeur(s)

du représentant légal

d'un autre signataire

* Si le demandeur n'est pas en capacité de signer, mentionner le Nom, Prénom et Adresse du signataire :

Toute fraude, fausse déclaration ou falsification de document, toute tentative de percevoir frauduleusement une allocation, expose aux sanctions pénales (amende et emprisonnement) prévues aux articles 313-1 à 313-3 et 441-1 à 441-3 du code pénal. La loi N° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectifications pour les données vous concernant auprès du Pôle Solidarité Autonomie.

**LE DOSSIER COMPLET EST À RETOURNER À :
 DÉPARTEMENT DE LA GIRONDE**

Pôle Solidarité Autonomie
 1 esplanade Charles de Gaulle CS 71223
 33074 Bordeaux Cedex

POUR TOUS RENSEIGNEMENTS, CONTACTER le n° 05 56 99 66 99

Annexe : Mentions d'information relatives aux données à caractère personnel du demandeur et de son conjoint

Le département de la Gironde met en œuvre un formulaire de demande d'Accompagnement en établissement des personnes âgées et d'Allocation personnalisée d'autonomie (APA).

Le traitement des informations recueillies par ce formulaire est nécessaire à l'exécution d'une mission d'intérêt public ou relevant de l'exercice de l'autorité publique dont est investi le responsable du traitement (article 6-1 e du Règlement général sur la protection des données – RGPD).

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique, destiné à instruire la demande, en assurer le suivi et à contrôler les droits associés. Les données enregistrées sont celles du formulaire ainsi que celles librement fournies par le demandeur. Les données ne font pas l'objet d'une prise de décision automatisée. L'ensemble des informations demandées est nécessaire à la bonne instruction de la demande. Tout défaut de réponse pourrait entraîner un allongement de la durée de traitement ou un rejet du dossier.

Les personnes accédant à ces données sont les agents dûment habilités au sein du Département ainsi que les professionnels qui participent à la prise en charge du parcours de la personne âgée ou qui accompagnent la personne âgée (professionnels de santé, professionnels œuvrant dans le champ du social et du médico-social) notamment ceux visés à l'article R. 232-44 du Code de l'action sociale et des familles (CASF) pour l'APA.

Le Département peut également être amené à échanger des informations relatives à la situation du demandeur avec d'autres organismes, notamment l'administration fiscale, les organismes de sécurité sociale versant des prestations analogues, les collectivités territoriales et les organismes de recouvrement des cotisations sociales.

Conformément aux articles L. 1110-4 et L. 1110-12 du code de la santé publique, vous êtes informé que des données de santé vous concernant, strictement nécessaires à votre prise en charge, peuvent, avec votre consentement dans les situations qui le requièrent, être partagées ou échangées entre professionnels de l'équipe médico-sociale du Département et entre professionnels du Département et professionnels d'organismes conventionnés avec les Départements habilités à accéder à ces données.

Les données sont conservées pour une durée maximale de 6 ans, à compter de la cessation des droits du demandeur.

Conformément aux articles 15 à 23 du RGPD, le demandeur dispose d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition des informations le concernant. Il dispose aussi du droit de limiter le traitement de ses données dans les conditions prévues par le RGPD. Ces droits peuvent être limités en fonction des obligations légales du Département.

Une copie des données à caractère personnel peut être délivrée à la demande de la personne en nous écrivant à l'adresse *Département de la Gironde, Pôle Solidarité Autonomie, 1 esplanade Charles de Gaulle CS 71223, 33074 Bordeaux Cedex*. Toutefois, le Département a la possibilité de s'opposer aux demandes manifestement abusives, notamment par leur nombre, leur caractère répétitif ou systématique.

Pour toute autre question concernant vos données à caractère personnel, veuillez contacter le Délégué à la protection des données (DPO) à la même adresse.

Si vous estimez, après contact avec le DPO, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la Commission Nationale Informatique et Libertés (Cnil) : 3 place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 Paris cedex 07, téléphone : 01 53 73 22 22, site internet : cnil.fr