

**DOSSIER DE DEMANDE**

**ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE  
EN ÉTABLISSEMENT HORS DÉPARTEMENT  
D'UNE PERSONNE DE SOIXANTE ANS OU PLUS**

NOM : .....

PRÉNOM : .....

ADRESSE ACTUELLE : .....

.....

CODE POSTAL : ..... COMMUNE : .....

TÉLÉPHONE FIXE : ..... TÉLÉPHONE PORTABLE : .....

ADRESSE MAIL : ..... @ .....

**DOSSIER A RETOURNER**

**Département de l'Aveyron - Pôle Solidarités Humaines  
DAAF - SIGP  
CS 23109  
12031 RODEZ CEDEX 9**

*Cadre réservé à l'administration*

1<sup>ère</sup> DEMANDE

RÉVISION

RENOUELEMENT

Date de réception de la demande : .....

Date du dossier complet : .....

.....  
**N° DOSSIER**

## A – RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DEMANDEUR

ÉTAT CIVIL	DEMANDEUR	CONJOINT OU CONCUBIN
Nom		
Nom de jeune fille		
Prénom		
Date et lieu de naissance		
N° de sécurité sociale		
Êtes-vous bénéficiaire d'un régime d'assurance maladie obligatoire d'un État membre de l'Union européenne ou partie à l'Espace économique européen, autre que la France ou de la Confédération suisse ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
Nationalité	<input type="checkbox"/> Française <input type="checkbox"/> R ressortissant de l'Union Européenne <input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Française <input type="checkbox"/> R ressortissant de l'Union Européenne <input type="checkbox"/> Autre
Situation de famille	<input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Concubin(e) <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Célibataire	
Régime de retraite	Êtes-vous retraité(e) ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si OUI, précisez le régime de retraite principal : ..... Si NON, précisez votre activité .....	Êtes-vous retraité(e) ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si OUI, précisez le régime de retraite principal : ..... Si NON, précisez votre activité .....

### ADRESSE

**Adresse actuelle du demandeur :**

.....

.....

**Depuis le ..../..../....**

**Adresse du demandeur avant son entrée en établissement :**

.....

.....

**Précisez s'il s'agit :**  d'un domicile  d'une résidence autonomie  d'un accueil familial  autre .....

**Le demandeur a-t-il résidé au moins 3 mois à cette adresse avant d'entrer en établissement ?**  oui  non

**Adresse actuelle du conjoint :**

.....

**Résidence principale :** Êtes-vous

Propriétaire  Locataire  Autre

### COORDONNÉES de la personne référente à contacter en cas d'urgence

Statut :  enfant,  parent,  autre précisez .....

Nom – Prénom : .....

Adresse : .....

N° de téléphone : ..... E-mail : .....

**BÉNÉFICIEZ-VOUS ACTUELLEMENT D'UNE ou DES PRESTATIONS SUIVANTES ?**

- La Prestation de compensation du handicap ?  oui  non  
L'Allocation compensatrice pour tierce personne ?  oui  non  
La Majoration pour aide constante d'une tierce personne ?  oui  non  
La Prestation complémentaire pour recours à tierce personne ?  oui  non  
L'aide-ménagère versée par votre caisse de retraite ?  oui  non  
L'aide-ménagère au titre de l'aide sociale départementale ?  oui  non

**BÉNÉFICIEZ-VOUS D'UNE MESURE DE PROTECTION ?**

Si oui, vous bénéficiez d'une mesure de :  Sauvegarde de justice  Tutelle  Curatelle

**ÊTES-VOUS REPRÉSENTÉ(E) PAR UN MANDATAIRE DANS LE CADRE D'UN MANDAT DE PROTECTION FUTURE ?**

OUI  NON

**ÊTES-VOUS REPRÉSENTÉ(E) PAR UN PROCHE DISPOSANT D'UNE HABILITATION FAMILIALE DÉLIVRÉE PAR LE JUGE ?**  OUI  NON

Coordonnées du représentant, de l'organisme ou du mandataire

Nom : .....

Adresse : .....

**B - PATRIMOINE DORMANT**

À renseigner pour le demandeur, et le cas échéant, son conjoint, son concubin ou la personne avec laquelle il a conclu un pacte civil de solidarité

**Vous devez compléter toutes les rubriques et porter la mention « NÉANT » s'il y a lieu**

<b>BIENS IMMOBILIERS NON LOUÉS</b>			
<b>Propriétés</b>	<b>Si biens en indivision</b> indiquer les noms des copropriétaires	<b>Nature et adresse des biens</b> pour les terrains non bâtis mentionner uniquement la commune	<b>Revenu cadastral</b> valeur indiquée dans la taxe foncière sur la ligne base
Immeubles bâtis			
Terrains non bâtis			
<input type="checkbox"/> <b>Je ne suis propriétaire d'aucun bien immobilier bâti ou non bâti</b>			

## BIENS MOBILIERS ET ÉPARGNE

Nature	Montants détenus par le demandeur	Montants détenus par le conjoint ou le concubin
Biens mobiliers non placés (objets de valeur)		
Capitaux non placés (liquidités)		

## C – DEMANDE SIMPLIFIÉE D'UNE CARTE MOBILITÉ 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 carte mobilité inclusion comportant les mentions "invalidité" et "stationnement pour personnes handicapées"

Souhaitez-vous bénéficier de la CMI mention « invalidité » ?  Oui  Non

Souhaitez-vous bénéficier de la CMI mention « stationnement pour personnes handicapées » ?  Oui  Non

## D – RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Bénéficiez-vous d'une aide sociale à l'hébergement ?

OUI  NON

En plus de votre dossier d'APA, avez-vous déposé une demande d'aide sociale à l'hébergement ?

OUI  NON

Je soussigné(e) agissant  en mon nom propre  en ma qualité de représentant légal de ..... certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant dans ce dossier de demande d'APA.

Je suis informé(e) que toute fausse déclaration ou falsification de document m'expose à des poursuites ainsi que le cas échéant, à la récupération par le Département des sommes perçues à tort.

Fait à ..... le .....

*Signature du demandeur ou de son représentant légal*

### Documents joints au dossier :

- la liste des pièces à joindre à votre dossier
- une fiche explicative sur l'utilisation de l'allocation personnalisée d'autonomie en établissement hors Aveyron
- un document présentant les traitements de données à caractère personnel destinés à la mise en œuvre de l'allocation personnalisée d'autonomie (décret n° 2017-880 du 9 mai 2017).

## **Demande d'Allocation personnalisée d'autonomie en établissement hors département**

### **Liste des pièces à joindre**

- La photocopie d'un justificatif d'identité : carte d'identité (recto/verso), passeport, l'intégralité du livret de famille ou un extrait d'acte de naissance  
Si le demandeur est ressortissant d'un État hors Union européenne, de l'Espace économique européen et de la confédération suisse : carte de résidence ou titre de séjour en cours de validité
- La photocopie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition sur le revenu (toutes les pages) du demandeur et celui de son conjoint (marié, pacsé ou concubin)
- La photocopie du (ou des) dernier(s) relevé(s) des taxes foncières sur l'ensemble des propriétés bâties et/ou non bâties du demandeur sur le territoire national ou du couple pour les personnes mariées, pacsées ou en concubinage
- Une copie de la mesure de protection, le cas échéant
- Un bulletin d'entrée en établissement
- Une attestation de l'établissement précisant le degré de dépendance du demandeur
- L'arrêté de tarification de l'établissement en cours de validité
- Le numéro SIRET de l'établissement
- Le relevé d'identité bancaire de l'établissement

## **MENTIONS LÉGALES**

### **ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE**

**Attribution, gestion et contrôle d'effectivité de l'Allocation personnalisée d'autonomie mentionnée à l'article L. 232-1 du code de l'Action sociale et des familles**

*Décret n° 2017-880 du 9 mai 2017 autorisant les traitements de données à caractère personnel destinés à la mise en œuvre de l'Allocation personnalisée d'autonomie et de l'Aide sociale à l'hébergement*



Les informations recueillies vous concernant font l'objet d'un traitement informatique, auquel vous consentez, destiné à instruire votre demande d'allocation personnalisée d'autonomie et de contrôle du droit. Le Département de l'Aveyron est le responsable de traitement.

Le traitement est nécessaire au respect d'une obligation légale à laquelle le responsable du traitement est soumis (article 6-1 C du RGPD). Cette aide s'inscrit dans le cadre réglementaire suivant :

- Règlement européen sur la protection des données ;
- Code de l'Action sociale et des familles,
- Règlement départemental d'Aide sociale,
- Décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel,
- Décret n° 2017-880 du 9 mai 2017 autorisant les traitements de données à caractère personnel destinés à la mise en œuvre de l'Allocation personnalisée d'autonomie et de l'Aide sociale à l'hébergement.

Les données enregistrées sont celles des formulaires liés à la demande d'APA, ainsi que les informations librement fournies par l'utilisateur lors de l'évaluation de la dépendance. Les données n'ont pas pour finalité une prise de décision automatisée.

Les données et catégories de données sont celles énumérées à l'article R. 232-41 du code de l'Action sociale et des familles et sont indispensables au traitement de votre dossier.

L'article R. 232-44 du CASF liste les catégories de personnes pouvant accéder aux données pour la gestion des aides. Les informations enregistrées sont destinées aux services instructeurs du Département et ne peuvent être communiquées, en cas de besoin nécessaire à l'instruction de votre situation, qu'aux destinataires dûment habilités et intervenant strictement dans le cadre de votre dossier, à savoir, en fonction de leurs missions : l'ensemble des destinataires prévus à l'article R 232-45 du code de l'Action sociale et des familles.

Les décisions sont notifiées à la personne ayant formulé la demande d'aide et à son représentant légal et le cas échéant à son proche aidant qui a été identifié dans le dossier.

Les données enregistrées sont conservées conformément aux prescriptions des archives départementales et à l'article R. 232-46 du code de l'action sociale et des familles.

Conformément au cadre juridique sur la protection des données personnelles en vigueur (Règlement général de Protection des données - RGPD et loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée), vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de limitation des informations qui vous concernent. Vous pouvez définir le sort de vos données après votre décès.

L'ensemble de ces demandes relatives à l'accès, à la rectification, à la limitation des informations qui vous concernent doivent être adressées, en justifiant de votre identité, par voie postale à l'adresse suivante : Département de l'Aveyron – A l'attention de Monsieur le Président – Délégué à la Protection des Données – Place Charles de Gaulle – BP 724 – 12009 RODEZ Cedex – ou par mail [dpo@aveyron.fr](mailto:dpo@aveyron.fr)

Le droit d'opposition ne s'applique pas au traitement dans la mesure où il découle d'une obligation légale.

Vous pouvez également introduire une réclamation auprès de la CNIL (3, place Fontenoy – TSA 80715 – 75334 Paris cedex, [www.cnil.fr](http://www.cnil.fr))