

LISTE DES PIÈCES JUSTIFICATIVES À JOINDRE AU DOSSIER DE DEMANDE

1ère 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 en cours de validité.
- La photocopie du dernier avis d'imposition ou de non imposition à l'impôt sur le revenu ([toutes les pages](#)).
- La photocopie de [toutes les pages](#) du dernier relevé de taxe foncière sur les propriétés bâties et sur les propriétés non bâties, à défaut copie du relevé cadastral des biens concernés (même en cas d'usufruit, ou d'indivision).
- Un relevé d'identité bancaire ou postal du bénéficiaire en cours de validité.
- Un relevé annuel d'assurance vie pour le couple (le cas échéant).

Renouvellement

- La photocopie du dernier avis d'imposition ou de non imposition à l'impôt sur le revenu ([toutes les pages](#)).
- La photocopie [de toutes les pages](#) du dernier relevé de taxe foncière sur toutes les propriétés bâties et non bâties, à défaut copie du relevé cadastral des biens concernés (même en cas d'usufruit, ou d'indivision).
- Un relevé annuel d'assurance vie pour le couple (le cas échéant).

ATTENTION :

- Pour la demande d'APA à domicile, un certificat médical de votre médecin traitant selon le modèle joint pour l'APA à domicile.
- Pour la demande d'APA en établissement : joindre la grille AGGIR fournie par l'établissement telle qu'elle résulte du dernier contrôle ayant permis la validation GIRMP de la structure, ou à défaut copie de la grille établie au moment de l'entrée dans l'établissement.

Je soussigné(e), _____

agissant en mon nom propre en ma qualité de représentant de _____

certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus.

Fait le : _____

Signature obligatoire :

À : _____

Application de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Les informations contenues sur ce formulaire peuvent être traitées au moyen de l'informatique sous le contrôle de la Direction générale adjointe de la vie sociale et du Conseil départemental de la Savoie. Vous pouvez exercer vos droits d'accès à ces informations et demander leur correction si elles sont inexactes, conformément aux modalités prévues par la loi. Toute fraude ou fausse déclaration entraîne des poursuites judiciaires, l'application des peines prévues par l'article 405 du Code pénal et le recouvrement des prestations indûment perçues.

À retourner à :

Monsieur le Président du Conseil départemental

Direction générale adjointe de la vie sociale

Délégation départementale personnes âgées personnes handicapées

Carré Curial • Place François Mitterrand • CS 71806 • 73018 CHAMBERY cedex



www.savoie.fr

Demande d'APA

Allocation Personnalisée d'Autonomie



LE DÉPARTEMENT

- 1^{ère} demande
- Renouvellement

- À domicile
- En établissement

ÉTAT CIVIL DE LA PERSONNE ÂGÉE DEMANDANT L'APA

NOM : _____ Prénom : _____

NOM de jeune fille : _____ Date de naissance : _____

Adresse de résidence actuelle : _____

Code postal [] [] [] [] [] [] Ville : _____ Depuis le : _____

Tél. [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Courriel : _____

PERSONNE À CONTACTER

Lien de parenté : _____

NOM : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal [] [] [] [] [] [] Ville : _____ Tél. [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Courriel : _____

> Prière de renseigner toutes les cases, mettre néant si vous n'êtes pas concerné(e).

Cadre réservé à l'administration

DATE D'ARRIVÉE	DATE DE DOSSIER RECONNU COMPLET	N° DOSSIER



Loi 2001-647 du 20 juillet 2001 - Loi 2003-289 du 31 mars 2003 - Loi 2015-1776 du 28 décembre 2015

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DEMANDEUR ⁽¹⁾ ET LE CONJOINT ⁽²⁾

	Vous	Votre conjoint
NOM (marital pour les femmes)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NOM de naissance	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prénom(s)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Date et lieu de naissance	<input type="text"/> à <input type="text"/>	<input type="text"/> à <input type="text"/>
N° de sécurité sociale	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nationalité	<input type="checkbox"/> Française <input type="checkbox"/> Ressortissant de l'Union européenne <input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Française <input type="checkbox"/> Ressortissant de l'Union européenne <input type="checkbox"/> Autre
Situation de famille	<input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Concubin(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> PACS <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Veuf(ve)	<input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Concubin(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> PACS <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Veuf(ve)
Régime de retraite principal (ce régime correspond à celui pour lequel la durée de cotisation est la plus longue)	<input type="checkbox"/> CARSAT <input type="checkbox"/> RSI <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> Autres, lequel : <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> CARSAT <input type="checkbox"/> RSI <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> Autres, lequel : <input type="text"/>

Si votre lieu de résidence actuelle est un établissement ou une famille d'accueil, veuillez cocher l'une des cases suivantes :

Un établissement d'hébergement pour personnes âgées - Date d'entrée
 Nom de l'établissement : _____ Service : _____

Le domicile d'une famille accueillant à titre onéreux dans le cadre de la loi du 10 juillet 1989
 Date de début d'accueil

Adresse du domicile avant l'hébergement en établissement, en famille d'accueil ou en logement foyer (résidence autonomie) :

Bâtiment : _____ N° _____ Rue : _____
 Code postal Ville : _____

Lieu de résidence du conjoint, si différent du demandeur :

Bâtiment : _____ N° _____ Rue : _____
 Code postal Ville : _____

Mentionner le cas échéant l'existence d'une mesure de protection juridique* :

Sauvegarde de justice Tutelle Curatelle

Coordonnées du tuteur ou de l'organisme en charge de la mesure :

NOM : _____ Adresse : _____
 Code postal Ville : _____ Tél.
 Mail : _____

* Joindre le jugement de tutelle ou de curatelle. (1) Le demandeur désigne la personne âgée elle-même.
 (2) Il peut s'agir de l'époux(se), du concubin ou de la personne avec laquelle le demandeur a conclu un pacte civil de solidarité (pacs).

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PATRIMOINE DU DEMANDEUR ET DU CONJOINT

Ces éléments permettront de calculer la participation éventuelle du bénéficiaire

Biens immobiliers et capitaux non placés (dont assurance vie)

RÉSIDENCE PRINCIPALE : Vous êtes : Propriétaire Locataire
 Usfruitier En indivision

Votre résidence principale est-elle occupée par : Vous même ou votre conjoint Vos enfants ou vos petits-enfants

AUTRES BIENS

Nature	Biens loués		Biens non loués	
	Montant brut annuel des loyers ou fermages		Valeur locative	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	€	<input type="text"/>	€
<input type="text"/>	<input type="text"/>	€	<input type="text"/>	€
<input type="text"/>	<input type="text"/>	€	<input type="text"/>	€
<input type="text"/>	<input type="text"/>	€	<input type="text"/>	€
<input type="text"/>	<input type="text"/>	€	<input type="text"/>	€
<input type="text"/>	<input type="text"/>	€	<input type="text"/>	€

* La valeur locative figure sur l'avis des taxes foncières (base sur laquelle les différents taux sont appliqués) ou sur le relevé cadastral.

Assurance vie	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Montant du capital	<input type="text"/>	€
<small>(pour l'un ou les deux membres du couple, le cas échéant) Si oui, joindre le(s) relevé(s) annuel(s)</small>				
Assurance dépendance	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Montant mensuel	<input type="text"/>	€

VOUS BÉNÉFICIEZ DE :

	Vous	Votre conjoint
Allocations servies par le Conseil départemental		
L'allocation compensatrice pour l'aide d'une tierce personne - Montant mensuel	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="text"/>
Prestation de compensation du handicap	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="text"/>
L'aide ménagère au titre de l'aide sociale	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
L'allocation représentative de services ménagers	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Allocations servies par les caisses de retraite		
L'aide ménagère - Si oui, précisez la caisse de retraite	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="text"/>
La majoration tierce personne - Montant mensuel	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="text"/>

ATTENTION, l'APA n'est pas cumulable avec les aides mentionnées ci-dessus.

CARTE D'INVALIDITÉ ET CARTE DE STATIONNEMENT

Si vous êtes classés en GIR 1 ou 2, une carte d'invalidité et/ou de stationnement pourront vous être attribuées automatiquement si vous le souhaitez. Ces cartes vous seront proposées au moment de l'élaboration de votre plan d'aide. Si vous êtes classés en GIR 3 ou 4 et que vous souhaitez obtenir l'une ou l'autre de ces cartes, vous devrez vous adresser à la MDPH qui procédera à une évaluation de vos droits.