

*Le Goût d'aider
les autres !*

**DOSSIER
D'ALLOCATION
PERSONNALISÉE
D'AUTONOMIE POUR
LES ÉTABLISSEMENTS
EXTÉRIEURS
À LA HAUTE-LOIRE**

MISE À JOUR JANVIER 2018

!
JOINDRE
VOS DOCUMENTS
SANS AGRAFE
NI COLLE
NI SCOTCH



L'ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE EN ETABLISSEMENT

ATTENTION, CE DOSSIER DE DEMANDE EST EXCLUSIVEMENT A L'ATTENTION DES DEMANDEURS HEBERGES DANS UN ETABLISSEMENT D'ACCUEIL EXTERIEUR A LA HAUTE-LOIRE.

Qu'est-ce que l'APA en Etablissement ?

L'Allocation Personnalisée d'Autonomie en Etablissement (APAE) a pour objet d'aider le bénéficiaire à acquitter le «tarif dépendance» de la structure d'accueil.

L'APA en Etablissement est une allocation mensuelle qui correspond à la différence entre le tarif dépendance de l'établissement correspondant au GIR du bénéficiaire (GIR 1 à 4) et la participation laissée à sa charge (tarif dépendance applicable aux GIR 5-6). Cette participation peut être supérieure en fonction du revenu du bénéficiaire et de son conjoint.

Dans chaque établissement il existe 3 tarifs dépendance correspondant respectivement aux GIR 1 et 2, aux GIR 3 et 4 et aux GIR 5 et 6 (le classement dans ces deux derniers GIR n'ouvrant pas droit à l'APA).

L'évaluation du degré de perte d'autonomie du bénéficiaire et le classement dans le GIR correspondant sont effectués sous la responsabilité du médecin coordonnateur de l'établissement.

Cette prestation peut être versée au bénéficiaire ou à l'établissement.

L'APAE n'est pas récupérable sur la succession du bénéficiaire.

Quelles sont les conditions pour bénéficier de l'APA ?

- Etre âgé d'au moins 60 ans,
- Justifier d'une résidence stable et régulière en France de plus de 3 mois,
- Avoir un niveau de perte d'autonomie (GIR) compris entre 1 et 4,
- Etre de nationalité française ou ressortissant de la C.E. ou étranger hors C.E. titulaire d'un titre de séjour en cours de validité.
- Ne pas être titulaire d'un droit à : la Majoration Tierce Personne (MTP),
 - l'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP),
 - la Prestation de Compensation du Handicap (PCH).

LISTE DES PIECES A TRANSMETTRE

- La photocopie du livret de famille ou de la carte nationale d'identité ou d'un passeport ou d'un extrait d'acte de naissance avec mentions marginales ; 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 sur le revenu (ainsi que celle du concubin le cas échéant),
- La photocopie du ou des derniers avis de la taxe foncière sur les propriétés bâties et sur les propriétés non bâties du foyer (à l'exception de l'habitation principale et des propriétés louées),
- Un relevé de capitaux à faire remplir par le ou les établissement(s) bancaire(s) (ainsi que celui ou ceux du conjoint ou du concubin le cas échéant),
- Un relevé d'identité bancaire ou postal,
- Copie de la Mesure de protection juridique, le cas échéant,

DECLARATIONS FRAUDULEUSES

(Article L135-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles)

« Le fait de percevoir frauduleusement ou de tenter de percevoir frauduleusement des prestations au titre de l'aide sociale est puni de peines prévues par les articles 313-1, 313-7 et 313-8 du Code Pénal.»

INFORMATISATION DES DOSSIERS D'AIDE SOCIALE

La loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux données recueillies dans ce questionnaire. Elle garantit au demandeur ou au bénéficiaire d'aide sociale, un droit d'accès et de rectification auprès de notre administration, pour les données le concernant.

Dispositions relatives à la loi n°2000-321 du 12 avril 2000 concernant les droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations

En application des dispositions de l'article 2 de la loi susvisée, les personnes qui le demandent pourront consulter les documents relatifs à la présente demande les concernant. Les modalités d'accès seront appliquées conformément aux dispositions édictées par la loi.

LE DOSSIER EST A RETOURNER A :

**DEPARTEMENT DE LA HAUTE-LOIRE
Direction de la vie Sociale - Service Maintien de l'autonomie 1 place
Monseigneur de Galard
CS 20310
43009 LE PUY EN VELAY CEDEX**

**DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE POUR LES
ETABLISSEMENTS EXTERIEURS A LA HAUTE LOIRE**

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DEMANDEUR

	Le Demandeur	Le Conjoint(e), Concubin(e), Pacsé(e)
Nom :		
Nom de jeune fille :		
Prénoms :		
Date et lieu de naissance :		
Situation de famille (célibataire, marié(e), divorcé(e), veuf(ve), concubin(e), Pacsé (e))		
Nationalité :	<input type="checkbox"/> Française <input type="checkbox"/> Etrangère union Européenne <input type="checkbox"/> Etrangère hors Union Européenne	<input type="checkbox"/> Française <input type="checkbox"/> Etrangère union Européenne <input type="checkbox"/> Etrangère hors Union Européenne
Régime de retraite principale :		

Mentionnez si vous faites l'objet d'une mesure de :

- Sauvegarde de justice
 Curatelle
 Tutelle
 Mandat de protection future

Nom et adresse du tuteur ou de l'organisme tutélaire :

.....

COORDONNEES DE L' ETABLISSEMENT

Nom :

Adresse :

.....

Date entrée :...../...../.....

ADRESSE DU DEMANDEUR AVANT ENTREE EN ETABLISSEMENT

Adresse et date d'entrée dans le logement :

.....

.....

En cas de déménagement depuis moins de 3 mois, indiquer l'adresse précédente :

.....

ADRESSE DU CONJOINT
(si différente de celle du demandeur)

.....
.....

PERSONNES A JOINDRE POUR TOUT RENSEIGNEMENT
(conjoint, enfant, parent, etc.)

Nom, Prénoms :		
Date de naissance :		
Lien de parenté :		
Adresse :		
Téléphone :		
Mail :		

ALLOCATIONS PERCUES

Percevez-vous :

- l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) : Oui Non
- la majoration pour tierce personne (MTP) : Oui Non
- la prestation de compensation du handicap (PCH) : Oui Non

Attention : l'allocation personnalisée d'autonomie n'est ni cumulable avec l'allocation compensatrice pour tierce personne, ni avec la majoration pour tierce personne, ni avec la prestation de compensation du handicap.

Je certifie sur l'honneur de l'exactitude des renseignements figurant sur le présent

dossier, Je m'engage à fournir toutes les pièces justificatives qui me seraient demandées.

Je suis informé(e) que les agents des administrations fiscales sont habilités à communiquer aux services du Conseil général les renseignements qu'ils détiennent et qui sont nécessaires pour instruire ma demande.

A.....le.....

Signature du demandeur
(ou autre à préciser)

**FICHE A COMPLETER PAR
L'ETABLISSEMENT**

NOM / Prénom du demandeur :

Date entrée en établissement : / /

NOM de l'établissement :	
Adresse :	
Interlocuteur (nom, prénom, fonction) :	
N° Téléphone :	
N° Fax :	
Adresse Mail :	
Code Finess :	
Numéro SIRET :	

APAE à payer : au bénéficiaire à l'établissement

Pièces à joindre :

- Arrêté des tarifs dépendance de l'établissement
- RIB de l'établissement si paiement à la maison de retraite
- Bulletin de situation ou attestation de présence
- Grille AGGIR

et de la banque :

