



N° DOSSIER .....  
(à remplir par l'administration)

MISSION AUTONOMIE

DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE

EN ÉTABLISSEMENT  (1)

A DOMICILE  (1)

*Veillez vous reporter à la notice explicative avant de compléter ce dossier*

**NOM :** .....

**PRÉNOM :** .....

**DATE DE NAISSANCE :** |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|

**ADRESSE ACTUELLE DU DEMANDEUR :**

N° et voie : .....

Commune : .....Code Postal : .....Tél : .....

Précisez s'il s'agit :

(1) du domicile du demandeur

(1) de l'accueil par un particulier agréé au titre de la loi du 10 juillet 1989 relative à l'accueil à domicile à titre onéreux

Nom de la famille d'accueil agréée : .....

Date d'accueil : |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|

(1) d'un établissement (2)

Nom de l'établissement : .....

Adresse : .....

Date d'entrée : |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|

S'agit-il d'une admission : en maison de retraite :  oui -  - non

en unité de soins de longue durée :  oui -  - non

(1) autres (3) .....

**ADRESSE PRECEDENTE (4) :**

N° et voie : .....

Commune : .....Code Postal : .....

	LE DEMANDEUR	LE CONJOINT (5)
NOM NOM de jeune fille	..... .....	..... .....
Prénom	.....	.....
Date de naissance Lieu de naissance	__ _ / __ _ / __ _ __ _ . .....	__ _ / __ _ / __ _ __ _ . .....
Nationalité (6)	.....	.....
Situation de famille (7)	.....	.....
N° Sécurité Sociale Caisse d'affiliation (CPAM, MSA, Prévoyance artisanale...)	__ _ __ _ __ _ __ _ __ _ / __ _  .....	__ _ __ _ __ _ __ _ __ _ / __ _  .....
Êtes-vous retraité(e) ? <b>Précisez le régime de retraite principal</b> (CARSAT, MSA, CDC, autre ...)	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> - non .....	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> - non .....

Faites-vous l'objet d'une mesure (1) : <input checked="" type="checkbox"/> de tutelle <input checked="" type="checkbox"/> de curatelle <input checked="" type="checkbox"/> de curatelle renforcée <input checked="" type="checkbox"/> de sauvegarde de justice Si oui, précisez l'identité et les coordonnées du tuteur, curateur, gestionnaire des biens. (8)	<input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> .....
Adresse du conjoint (9)	..... .....

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE ENTOURAGE

Nom et adresse de la personne référente (10) : .....  
 .....  
 .....  
 Téléphone : .....

PROCHES AIDANTS DU DEMANDEUR (11)	
Renseignements concernant l'aidant ou les aidants	Nature, durée et périodicité de l'aide apportée (12)
Nom et prénom : ..... Age : ..... Lieu de résidence : ..... Tél : ..... Mail : ..... Nature du lien avec le demandeur : .....	..... ..... .....
Nom et prénom : ..... Age : ..... Lieu de résidence : ..... Tél : ..... Mail : ..... Nature du lien avec le demandeur : .....	..... ..... .....
Nom et prénom : ..... Age : ..... Lieu de résidence : ..... Tél : ..... Mail : ..... Nature du lien avec le demandeur : .....	..... ..... .....

### **DEMANDE D'UNE CARTE D'INVALIDITE ET D'UNE CARTE DE STATIONNEMENT**

Si l'évaluation médico-sociale détermine votre niveau de dépendance en GIR 1 ou GIR 2 (**13**), souhaitez-vous bénéficier **d'une carte d'invalidité et d'une carte de stationnement** (prévues aux articles L.241-3 et L. 241-3-2 du Code de l'Action sociale et des familles) ?

oui

non

<b>ALLOCATIONS ET PENSIONS PERCUES (montants mensuels) (1)</b>	<b>DEMANDEUR</b>
✓ une allocation compensatrice pour tierce personne	<input type="checkbox"/>
✓ une aide-ménagère au titre de l'aide sociale départementale	<input type="checkbox"/>
✓ une aide-ménagère versée par les caisses de retraite (CARSAT, MSA, autre ...)	<input type="checkbox"/>
Si oui, précisez le nombre d'heures ainsi que l'organisme payeur	.....
✓ une majoration pour aide constante d'une tierce personne ou une prestation complémentaire pour recours à tierce personne, versées par un organisme de sécurité sociale	<input type="checkbox"/>
✓ une prestation de compensation du handicap	<input type="checkbox"/>

**Attention** : Aucune de ces prestations n'est cumulable avec l'allocation personnalisée d'autonomie.

### **RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX REVENUS ET AU PATRIMOINE DU DEMANDEUR (14)**

◆ Les revenus déclarés figurant sur le dernier avis d'imposition :

Demandeur : .....€ Conjoint (**5**) : .....€

◆ Montants de l'Épargne et des Biens mobiliers :

Demandeur : .....€ Conjoint (**5**) : .....€

◆ Ressources ne figurant pas dans l'avis d'imposition ou de non-imposition à l'impôt sur le revenu : revenus soumis au prélèvement libératoire en application des articles 125-0 A et 125 D du Code général des impôts. (**15**)

Demandeur : .....€ Conjoint (**5**) : .....€

◆ Patrimoine **non exploité (16)** :

<b>PROPRIÉTÉS BATIES</b>		
<b>Nature (17)</b>	<b>Adresse</b>	<b>Valeur locative (18)</b>
.....	..... .....	..... €
.....	..... .....	..... €
.....	..... .....	..... €

<b>PROPRIÉTÉS NON BATIES</b>		
<b>Nature (19)</b>	<b>Adresse</b>	<b>Valeur locative (18)</b>
.....	..... .....	..... €
.....	..... .....	..... €
.....	..... .....	..... €

\*

\* \*

Je soussigné(e), ..... agissant en mon nom propre  
ou en ma qualité de représentant de (20) .....,

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

J'autorise la transmission de mon dossier aux caisses de retraite si nécessaire.

Fait à .....le ..... Signature :

**DEMANDE A RETOURNER, DÛMENT COMPLÉTÉE ET SIGNÉE, A :**

Monsieur le Président du Conseil Départemental

Maison de l'Autonomie

6b, rue du Verdon - 67 100 STRASBOURG