

DOSSIER DE DEMANDE D'AIDE A DOMICILE OU EN ETABLISSEMENT :
- D'UNE PERSONNE DE 60 ANS OU PLUS¹
- D'UNE PERSONNE HANDICAPEE

QUEL EST VOTRE NOM ² : Votre nom de jeune fille VOTRE PRENOM :	VOTRE DATE DE NAISSANCE : VOTRE ADRESSE :
---	--

Cocher la (ou les) cases correspondant à la (ou aux) prestations demandée(s) :

Aide à domicile

- demande d'A.P.A. (allocation personnalisée d'autonomie) à domicile
- demande d'aide ménagère au titre de l'aide sociale

Aide en établissement

- demande d'A.P.A. (allocation personnalisée d'autonomie) en établissement
- demande d'aide sociale à l'hébergement à compter du...../...../.....
- demande de prise en charge de la participation facturée au bénéficiaire de l'allocation personnalisée d'autonomie en établissement (GIR5/6) à compter du...../...../.....

A remplir uniquement si vous dépendez de la C.A.R.S.A.T., de la M.S.A., ou du R.S.I. ou de la S.N.C.F. :

J'autorise ³ **Je n'autorise pas** ³

⇒ en cas de rejet de ma demande d'allocation personnalisée d'autonomie ou d'aide ménagère au titre de l'aide sociale, le Conseil Départemental à transmettre les informations contenues dans le présent dossier à ma caisse de retraite, afin qu'elle examine mes droits éventuels à une autre prestation

Si une personne vous aide à compléter ce dossier ou le complète à votre place, préciser :

Son nom : **Son prénom :**

Sa qualité ⁴ :

Son adresse :

.....

Tél. fixe **Portable :**

Email :

(Pas d'envoi de décisions par mail)

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant dans ce dossier.

FAIT àle.....SIGNATURE

1. Vous trouverez à la page 8 les lieux où vous pourrez remettre ce dossier en fonction du type de votre demande
 2. nom MARITAL pour les femmes mariées
 3. cocher la case correspondante
 4. conjoint, fils, fille, assistante sociale, etc.

1) PARTIE A REMPLIR QUELLE QUE SOIT LA PRESTATION DEMANDEE

	Renseignements vous concernant	Renseignements concernant votre conjoint, votre concubin, ou la personne avec laquelle vous avez conclu un P.A.C.S. ⁵
nom ⁶		
prénoms		
date et lieu de naissance		
n° de sécurité sociale		
nationalité		
régime de retraite principal		
situation de famille (célibataire, marié, divorcé, veuf, en concubinage, P.A.C.Sé ⁷)		
profession		

VOTRE ADRESSE

Adresse **actuelle** :

n ° de téléphone : Fixe..... Portable :

Email :(Pas d'envoi de décisions par mail)

Pour l'adresse mentionnée ci-dessus s'agit-il :

- de votre domicile ?
- d'un établissement d'accueil pour personnes âgées ou handicapées ? **Date d'entrée dans l'établissement** :...../...../.....
- d'un accueil par un particulier à titre onéreux (accueil familial chez un particulier agréé)

Nom et Prénom de l'accueillant :

Date de début d'accueil :

→ Si vous résidez à votre domicile depuis moins de trois mois, indiquer :

- votre adresse **précédente** :

.....

- la date d'arrivée à l'adresse précédente :

- la date de départ de l'adresse précédente :

- Avez-vous été hospitalisé(e) depuis votre arrivée NON

OUI Où :

Date du / / Au / /

→ Si vous résidez en établissement ou en accueil familial à titre onéreux indiquer :

- votre adresse **précédente** :

.....

- la date d'arrivée à l'adresse précédente :

- la date de départ de l'adresse précédente :

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

Bénéficiez-vous :

- de la prestation de compensation du handicap⁹ OUI NON
- de la majoration pour aide constante d'une tierce personne⁸ OUI NON
- ou de la prestation complémentaire pour recours à tierce personne ? OUI NON
- de l'allocation compensatrice pour tierce personne ⁹ ? OUI NON
- des services ménagers au titre de l'aide sociale ? OUI NON
- des services ménagers des caisses de retraite ? OUI NON

si oui, préciser les coordonnées de la caisse :

Nom de la caisse :

Adresse :

5. Pacte Civil de Solidarité
6. nom MARITAL pour les femmes mariées
7. ayant conclu un Pacte Civil de Solidarité
8. versée par les organismes de sécurité sociale aux titulaires d'une pension d'invalidité de 3^{ème} catégorie
9. versée par le Conseil départemental

Si vous bénéficiez d'une mesure de protection juridique, précisez : (Joindre l'acte de désignation)

- s'il s'agit d'une sauvegarde de justice d'une curatelle d'une tutelle

Joindre la photocopie de la décision du juge

- le nom et l'adresse du représentant légal (mandataire spécial, curateur, tuteur...) :

D'un mandat de protection future Habilitation familiale

2) RESSOURCES DU FOYER (A REMPLIR QUELLE QUE SOIT LA PRESTATION DEMANDEE (APA, Aide Sociale, Services ménagers...))

RESSOURCES DE L'ANNEE CIVILE PRECEDANT LA DEMANDE	Vos ressources	Les ressources de votre conjoint, de votre concubin, ou de la personne avec laquelle vous avez conclu un P.A.C.S. ¹⁰
Pension et retraites ¹¹ (y compris pensions d'invalidité, de reversion, majoration pour enfants, allocation supplémentaire, allocation de solidarité aux personnes âgées)	euros	euros
Allocations diverses (ex : allocation adultes handicapés, rente accident du travail, rente viagère...) Préciser leur nature :	euros	euros

PLACEMENTS FINANCIERS DONT LES INTERETS NE SONT PAS IMPOSABLES A L'IMPOT SUR LE REVENU

Avez-vous des placements de ce type ? OUI NON

Si oui, vous devez compléter le tableau ci-dessous. Il concerne vos placements, ceux de votre conjoint, de votre concubin ou de la personne avec laquelle vous avez conclu un pacte civil de solidarité.

TYPE DE PLACEMENT	Montant du capital placé en €
Contrats d'assurance vie ¹² (précisez le nom du ou des produits souscrits) Joindre les justificatifs de votre banque, assurance...	Vous : Votre conjoint :
Plan Epargne Populaire Joindre un justificatif de votre banque, assurance...	Vous : Votre conjoint :
Autres placements fiscalisés non mentionnés sur l'avis d'impôts sur le revenu (précisez le nom du ou des produits souscrits) Joindre les justificatifs de votre banque, assurance...(relevé annuel...)	Vous : Votre conjoint :

Pour les contrats d'assurance vie (en cas de demande d'aide sociale à l'hébergement, d'aide ménagère pour une personne âgées), merci de préciser :

- Montant(s) placé(s) avant l'âge de 70 ans :

Date de souscription :/...../.....

- Montant(s) placé(s) après 70 ans :

Date de souscription :/...../.....

Joindre les justificatifs de votre banque, assurance...

Joindre une feuille séparée pour compléter si nécessaire

¹⁰ Pacte Civil de Solidarité

¹¹ à l'exclusion de la retraite du combattant et de la retraite mutualiste, des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre et des pensions attachées à des distinctions honorifiques

Porter sur la ligne « pensions et retraites », le total des sommes **PERCUES** au cours de l'année civile précédant la demande et non celles déclarées à l'administration fiscale (certaines pensions et certains accessoires de pension : majoration pour enfants, allocation supplémentaire... sont exonérés d'impôt sur le revenu).

¹² **Contrats** d'assurance vie et de capitalisation dont les produits ne sont pas imposables à l'impôt sur le revenu (y compris les contrats D.S.K)

3) CADRES SUPPLEMENTAIRES A REMPLIR EN CAS DE DEMANDE D'AIDE SOCIALE A L'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES OU HANDICAPEES, D'AIDE MENAGERE AU TITRE DE L'AIDE SOCIALE, PRISE EN CHARGE GIR 5/6 EN ETABLISSEMENT

PLACEMENTS FINANCIERS DONT LES INTERETS NE SONT PAS IMPOSABLES A L'IMPOT SUR LE REVENU

Avez-vous des placements de ce type ? OUI NON

Si oui, vous devez compléter le tableau ci-dessous. Il concerne vos placements, ceux de votre conjoint, de votre concubin ou de la personne avec laquelle vous avez conclu un pacte civil de solidarité.

TYPE DE PLACEMENT	Intérêts de l'année civile précédant la demande en €	Ou Montant du capital placé en €
Livret Développement Durable. (LDD Ex CODEVI)	Vous : Votre conjoint :	Vous : Votre conjoint :
Livret Epargne Populaire (LEP)	Vous : Votre conjoint :	Vous : Votre conjoint :
Livret A	Vous : Votre conjoint :	Vous : Votre conjoint :
Livret bleu du Crédit Mutuel	Vous : Votre conjoint :	Vous : Votre conjoint :
Compte Epargne Logement (CEL)	Vous : Votre conjoint :	Vous : Votre conjoint :
Plan Epargne Logement (PEL)	Vous : Votre conjoint :	Vous : Votre conjoint :
Autres placements dont les intérêts ne sont pas imposables à l'impôt sur le revenu	Vous : Votre conjoint :	Vous : Votre conjoint :

Devez-vous continuer à payer des cotisations pour une complémentaire santé ?

OUI NON

Montant mensuel de l'aide au logement perçu en établissement : euros

Pour les personnes âgées de plus de 60 ans :

Vos Obligés Alimentaires (père, mère, enfant(s), petit(s) enfant(s)..., gendre(s), belle(s)-fille(s) du demandeur) Article 205 du code civil

Nombre des obligés alimentaires ? :

.....
.....
.....

(Joindre, sur une feuille séparée, la liste de vos obligés alimentaires avec leurs nom, prénom, date de naissance, lien de parenté avec le demandeur, adresse, téléphone et profession le cas échéant)

Lieu de résidence de votre conjoint

Votre conjoint, votre concubin, ou la personne avec laquelle vous avez conclu un pacte civil de solidarité réside t-il à domicile ?

OUI NON

A REMPLIR EN CAS DE DEMANDE :

- D'AIDE SOCIALE À L'HÉBERGEMENT
- DE PRISE EN CHARGE DE LA PARTICIPATION FACTURÉE AU BÉNÉFICIAIRE DE L'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE EN ÉTABLISSEMENT (GIR5/6)
- D'AIDE MÉNAGÈRE AU TITRE DE L'AIDE SOCIALE

Biens immobiliers (y compris la résidence principale) oui non

si oui, préciser leur adresse exacte

→ vos biens : (biens de communauté ou biens propres, y compris ceux en indivision) :

.....
.....
.....

→ Les biens propres de votre conjoint, concubin, ou de la personne avec laquelle vous avez conclu un PACS (y compris les biens en indivision) :

.....
.....
.....

si nécessaire, joindre une feuille supplémentaire

Vos biens¹³ ont-ils fait l'objet d'une donation, d'un partage ou d'une vente dans les dix ans précédant la demande d'aide ?

non

✓ **Vente** : oui Si oui à quelle date :/...../.....

✓ **Partage** : oui Si oui à quelle date :/...../.....

✓ **Donation** : oui Si oui à quelle date :/...../.....

si oui, préciser- la nature des biens concernés

- leur adresse exacte, s'il s'agit de biens immobiliers (joindre une photocopie de l'acte notarié correspondant)
- leur valeur, s'il s'agit de biens mobiliers (somme d'argent...)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

si nécessaire, joindre une feuille supplémentaire

si nécessaire, joindre une feuille supplémentaire

Avis du centre communal d'action sociale (avec la date, la signature du Président du C.C.A.S et le cachet) :

.....
.....
.....
.....

¹³ biens de communauté ou biens propres (y compris ceux en indivision)

4) CADRES SUPPLEMENTAIRES A REMPLIR EN CAS DE DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE

Résidence Principale

Si vous n'occupez pas votre résidence principale ou si vous êtes en établissement, votre résidence principale est-elle occupée par :

- Votre conjoint, concubin, ou la personne avec laquelle vous avez conclu un Pacte Civil de Solidarité ?
 Vos enfants, petits-enfants ?
 Votre résidence est inoccupée, merci de joindre le **DERNIER** avis d'imposition à la taxe foncière.
 Autres situations (locataire, hébergé(e)).....(merci de préciser) :

Situation de votre conjoint

Votre conjoint, votre concubin, ou la personne avec laquelle vous avez conclu un PACS :

- demande-t-il l'allocation personnalisée d'autonomie ? OUI NON
 -bénéficie-t-il de l'allocation personnalisée d'autonomie ? OUI NON
 -réside-t-il à domicile ? OUI NON
 -réside-t-il dans un établissement pour personnes âgées ? OUI NON

Biens immobiliers NON productifs de revenus¹⁴ à compléter pour vous, votre conjoint, concubin ou partenaire de PACS):

- AUTRES que la résidence principale - OUI NON

a) Biens immobiliers, répondant aux critères ci-dessus, pour lesquels vous recevez un avis d'imposition à la taxe **foncière** : *Joindre la photocopie du **DERNIER** avis d'imposition à la taxe **foncière** pour chaque bien.*

b) Biens immobiliers, répondant aux critères ci-dessus, pour lesquels vous ne recevez pas d'avis d'imposition à la taxe **foncière**.
Fournir la matrice relative au bien concerné.

Adresse exacte du bien revenu imposable¹⁵
 euros
 euros

Si nécessaire, joindre une feuille supplémentaire

Coordonnées de la personne à contacter pour la visite d'évaluation à domicile ou en cas de nécessité :

Nom, Prénom :

Adresse :

Téléphone fixe : Portable :

Proche(s) Aidant(s) :

Ce volet vise à apporter des informations sur les personnes de votre entourage qui vous apportent une aide bénévole dans la vie quotidienne.

Nom :	Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :	Prénom :
né(e) le :	né(e) le :	né(e) le :
Lien de parenté :	Lien de parenté :	Lien de parenté :
Adresse :	Adresse :	Adresse :
Téléphone :	Téléphone :	Téléphone :
Email :	Email :	Email :
Vie professionnelle :	Vie professionnelle :	Vie professionnelle :

14 s'agit de vos biens immobiliers, de ceux de votre conjoint, de votre concubin, ou de la personne avec laquelle vous avez conclu un pacte civil de solidarité (en pleine propriété ou en usufruit, ou en indivision) tels que : résidence secondaire ; terrain ni loué, ni utilisé pour l'activité professionnelle de son propriétaire ; bois non exploités ; étangs ; locaux vacants, locaux occupés gratuitement par des membres de la famille...

15 **reporter** : - soit le chiffre figurant sur la ligne « rev. Imposable » sur le « relevé de propriété » qui est à demander (sous le nom marital et le nom de jeune fille pour une femme mariée) au centre des impôts fonciers du département où est implanté le bien immobilier.
 - soit le chiffre figurant sur la ligne ou la colonne « revenu imposable » sur l' « extrait de la matrice cadastrale » (encore appelé relevé parcellaire) qui est à demander (sous le nom marital et le nom de jeune fille pour une femme mariée) à la mairie de la commune d'implantation du bien immobilier.

Pour une demande d'allocation personnalisée d'autonomie :

- photocopie du livret de famille ou de la carte nationale d'identité (en cours de validité) ou d'un passeport de la Communauté européenne (en cours de validité) ou un extrait d'acte de naissance ;
- certificat médical à faire remplir par le médecin traitant à transmettre **SOUS PLI CONFIDENTIEL CACHETE** ;
- photocopie de toutes les pages du **DERNIER** avis d'imposition ou de non imposition à l'impôt sur le revenu¹⁶ ;
- photocopie de toutes les pages du **DERNIER** avis d'imposition relatif à la taxe sur les propriétés bâties et à la taxe sur les propriétés non bâties (taxes foncières) pour chacun des biens immobiliers ¹⁷ **NON** productifs de revenus (à l'exclusion de la résidence principale) ;
- relevé d'identité bancaire ou postal au nom de la personne susceptible de bénéficier de l'A.P.A. (ou au nom de son représentant légal : tuteur ou curateur) ;
- si vous êtes étranger, photocopie de la carte de résident ou du titre de séjour en cours de validité ;
- Pour les placements en assurance vie et les produits fiscalisés non mentionnés sur l'avis d'impôt sur le revenu, fournir un justificatif établi par l'établissement bancaire, postal ou autre organisme (cabinet d'assurance par exemple...)
- si vous résidez dans un établissement situé hors du Cantal, joindre la copie de l'arrêté du Président du Conseil départemental fixant les tarifs « dépendance » applicables à l'établissement. Cet arrêté peut être obtenu auprès de la direction de l'établissement.

Pour une demande d'aide ménagère au titre de l'aide sociale :

- photocopie **de toutes les pages** du livret de famille ;
- photocopie du **DERNIER** avis d'imposition ou de non imposition à l'impôt sur le revenu ¹⁶ ;
- photocopie du **DERNIER** avis d'imposition relatif à la taxe sur les propriétés bâties et à la taxe sur les propriétés non bâties (taxes foncières) pour chacun des biens immobiliers ¹⁷ ;
- pièces justificatives des revenus des capitaux mobiliers et immobiliers (revenus des placements financiers, revenus fonciers...) ;
- justificatifs de paiement de toutes rentes, pensions, allocations de l'année civile précédant la demande ;
- pour les placements en assurance vie et les produits fiscalisés non mentionnés sur l'avis d'impôt sur le revenu, fournir un justificatif établi par l'établissement bancaire, postal ou autre organisme (cabinet d'assurance par exemple...)
- si vous êtes étranger, les justificatifs de la durée de résidence en France (photocopie du titre de séjour).

Pour une demande d'aide sociale à l'hébergement ou de prise en charge de la participation facturée au bénéficiaire de l'allocation personnalisée d'autonomie en établissement :

- Pour les personnes handicapées, photocopie de votre décision d'orientation par la MDPH en cours de validité :
- photocopie **de toutes les pages** du livret de famille ;
- photocopie du **DERNIER** avis d'imposition ou de non imposition à l'impôt sur le revenu ¹⁶ ;
- photocopie du **DERNIER** avis d'imposition relatif à la taxe sur les propriétés bâties et à la taxe sur les propriétés non bâties (taxes foncières) pour chacun des biens immobiliers ¹⁷ ;
- pièces justificatives des revenus des capitaux mobiliers et immobiliers (revenus des placements financiers, revenus fonciers...) ;
- justificatifs de paiement de toutes rentes, pensions, allocations de l'année civile précédant la demande ;
- Pour les placements en assurance vie et les produits fiscalisés non mentionnés sur l'avis d'impôt sur le revenu, fournir un justificatif établi par l'établissement bancaire, postal ou autre organisme (cabinet d'assurance par exemple...)
- si vous êtes étranger, les justificatifs de la durée de résidence en France (photocopie du titre de séjour) ;
- si vous devez continuer à payer des cotisations pour une complémentaire santé et si vous souhaitez que soit examinée la possibilité d'en tenir compte, joindre les justificatifs concernant le coût de cette couverture complémentaire.

16 . cette pièce doit également être fournie pour votre concubin, ou la personne avec laquelle vous avez conclu un pacte civil de solidarité, ainsi que pour votre conjoint en cas de déclaration séparée

17 . vos biens, ceux de votre conjoint, de votre concubin ou de la personne avec laquelle vous avez conclu un pacte civil de solidarité

DOSSIER COMPLET A RETOURNER (voir en bas de page l'adresse du Conseil départemental et des caisses concernées) :	
Si vous demandez l'allocation personnalisée d'autonomie (A.P.A.) à domicile	<ul style="list-style-type: none"> Conseil départemental, Pôle Solidarité Départementale Service Prestations Aide Sociale 28 avenue Gambetta - 15015 AURILLAC Cedex
Si vous demandez l'A.P.A. en établissement	
Si vous demandez la prise en charge de la participation facturée au bénéficiaire de l'A.P.A. en établissement	<p>A la mairie de votre lieu de résidence, qui transmettra le dossier au Conseil départemental après avoir émis son avis.</p> <p>Vous pouvez, si vous le souhaitez, demander à être entendu(e) préalablement à la décision auprès du :</p> <p>Conseil départemental Pôle Solidarité Départementale Direction de l'autonomie Service Prestations Aide Sociale 28 avenue gambetta - 15015 AURILLAC Cedex</p>
Si vous demandez l'aide sociale à l'hébergement	
Si vous demandez l'aide sociale à l'hébergement et l'A.P.A. en établissement	
Si vous demandez l'aide ménagère au titre de l'aide sociale	<p>Vous aurez dans ce cas la possibilité de vous faire accompagner par une personne de votre choix, ou de mandater un représentant.</p>

EXTRAITS DU CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES

« Article L 132-1 : Il est tenu compte, pour l'appréciation des ressources des postulants à l'aide sociale, ... de la valeur en capital des biens non productifs de revenu, qui est évaluée dans les conditions fixées par voie réglementaire. ... »

DISPOSITIONS RELATIVES A LA LOI DU 6 JANVIER 1978

Les traitements relatifs à cette demande sont informatisés afin de permettre l'instruction des demandes d'aide et dont le responsable est le Président du Conseil départemental du Cantal. Ils sont donc soumis aux dispositions de la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 qui protège les droits et libertés individuels.

Conformément à cette loi, les personnes auprès desquelles sont recueillies des informations nominatives, sont informées que :

- toutes les réponses aux différents questionnaires sont obligatoires. Un défaut de réponse entraînera des retards ou une impossibilité dans l'instruction du dossier ;
- les destinataires des informations collectées sont exclusivement les administrations et organismes habilités à connaître des dossiers d'aide à domicile ou en établissement ;
- en tout état de cause, les personnes concernées ont un droit d'accès et de rectification des informations nominatives ou traitées informatiquement.

Pour l'exercice de ce droit, il convient de vous adresser par écrit, en justifiant de votre identité, à M. le président de l'organisme auquel votre demande a été transmise :

- Conseil départemental
Correspondant Informatique et Libertés
Service des Affaires Juridiques et du Contentieux
Hôtel du Département
28 Avenue Gambetta - 15015 Aurillac cedex