Feuillet à destination de l'Assistante Sociale du Conseil Départemental

Chère Madame, Cher Monsieur,

Dans le cadre de la demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) qui vous est adressée, je vous informe que l'usager a la possibilité de faire appel à Click&Care, 1er réseau national de professionnels soignants et médico-sociaux, pour recruter en emploi direct son intervenant.

Vous avez la possibilité de comparer précisément sur le site **www.calculapa.fr** le reste à charge du bénéficiaire en fonction :

- De son taux de participation,
- Des devis des structures d'aide à domicile reçus,
- Des modes d'intermédiation courants : prestataire, mandataire et emploi direct à travers la plateforme de recrutement nationale Click&Care.

Fondé par une équipe médicale, Click&Care accompagne la maitrise des dépenses pour les payeurs en réduisant les dépenses des Collectivités et le reste à charge des Familles, tout en rémunérant davantage les auxiliaires de vie au bénéfice d'une meilleure prise en charge.

Click&Care est une filiale de la Caisse des Dépôts et des Consignations et de la MAIF.

Le plan d'aide se calcule sur le mode gré à gré dit emploi direct.

Je suis à votre entière disposition pour toute question que vous pourriez avoir.
Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes sincères salutations.

Docteur Lina Bougrini
Fondatrice de Click&Care



l'Yonne
CONSEIL DÉPARTEMENTAL
Hôtel du Département
89089 AUXERRE CEDEX

CONSEIL DEPARTEMENTAL DE L'YONNE
- - - - -
Pôle des Solidarités Départementales
Direction Autonomie Handicap Dépendance
Service d'Aide au Maintien à l'Autonomie
- - - - -

APA 89

Dossier de demande d'ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE à DOMICILE

NOM : …….. **NOM de jeune fille : ……..……**

PRENOM : ……..

ADRESSE ACTUELLE : **Domicile ou assimilé ❑** **Placement familial agréé ❑**

……..……

……..

Date EXACTE d'arrivée à l'adresse actuelle : ……..

Adresse personnelle précédente : ……..

……

Dossier rempli avec l'aide de :

Nom - Prénom : …… Qualité : ……Tél ……..

Tuteur ou Curateur légal **Date du Jugement : ……** **(joindre copie du jugement)**

Organisme : ……..

Nom et Prénom : ……

Adresse : ……

Téléphone / Mail : ……...

Cadre réservé à l'administration

Dossier reçu le :

Dossier déclaré incomplet et renvoyé le :

Dossier déclaré complet le :

N° DEMANDE :

Célibataire ❑ Séparé(e) ❑ Marié(e) ❑ Veuf(ve) ❑ Divorcé(e) ❑ Concubin(e) ❑ Contrat PACS ❑
Depuis le ……

ETAT CIVIL	VOUS Le demandeur	CONJOINT, CONCUBIN OU PARTENAIRE PACS
NOM		
NOM de jeune fille		
PRENOM		
DATE de NAISSANCE		
LIEU de NAISSANCE		
NATIONALITE		

N° de téléphone (indispensable pour la visite)	
N° de portable	
Adresse électronique	

VOUS ETES RETRAITE(E)	OUI ❑ / NON ❑	OUI ❑ / NON ❑
Organisme principal de retraite		
N° sécurité sociale		

COORDONNEES DE LA PERSONNE REFERENTE DU DEMANDEUR
(enfant, parent, autre) à contacter pour la visite d'évaluation ou en cas d'urgence

M., Mme, Mlle …… Lien de parenté : ……
Adresse : ……
Code postal : ……. Ville : ……..
Téléphone : …… Courriel : ……

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES AIDANTS PRINCIPAUX DU DEMANDEUR (FACULTATIF)

Ce volet du dossier de demande vise à apporter des premières informations sur les personnes de votre famille ou de votre entourage amical ou de voisinage qui vous apportent une aide dans la vie quotidienne, qu'on dénommera «aidants » dans ce qui suit.

- Nom et prénom de votre ou de vos aidants : ……..
- Age de votre ou de vos aidants : ……..
- Lieu de résidence de votre ou de vos aidants : ……..
- Nature de votre lien avec votre ou vos aidants : …….
- Nature de l'aide apportée (par exemple : accompagnement dans les déplacements à l'extérieur de votre domicile, aide aux repas, etc …) : ……..
- Durée et périodicité approximatives de cette aide pour une journée, une semaine ou un mois (selon ce qui vous paraît le plus pertinent) : ……..

REVENUS ET PATRIMOINE DU FOYER (VOIR NOTICE EXPLICATIVE)

- Revenus soumis au prélèvement libératoire (Articles 125-0 A et 125 D du code général des impôts) n'apparaissant pas sur l'avis d'imposition :

Montant à préciser pour le demandeur : …… €

Montant à préciser pour son conjoint, son concubin ou la personne avec laquelle il a conclu un pacte civil de solidarité : …… €

- Montant des biens mobiliers et capitaux non placés (sauf ceux *exonérés d'impôts -livret A, livret DD, PEL, PEA*) : …… …… €

- **Valeur des contrats d'assurance-vie (joindre le relevé annuel de situation du contrat d'assurance-vie)** :

…… €

Habitation : êtes-vous ? Locataire ❑ Propriétaire ❑ Occupant à titre gratuit ❑

Pour les résidences secondaires ou les biens non loués, joindre obligatoirement les copies de la taxe foncière ou des références cadastrales :

	VOS BIENS IMMOBILIERS		
	Propriété(s) bâtie(s)	Propriété(s) non bâtie(s)	
Nature (précisez : résidence secondaire, terrain)			
Adresse (s)			

AUTRES ALLOCATIONS		
Percevez-vous un des avantages suivants :		
→ l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) (*) :	☐ OUI	☐ NON
→ La majoration pour aide constante d'une tierce personne (MTP) (*) :	☐ OUI	☐ NON
→ la prestation complémentaire pour recours à tierce personne (PCRTP) (*) :	☐ OUI	☐ NON
→ l'aide ménagère versée par les caisses de retraite (*) :	☐ OUI	☐ NON
→ l'aide ménagère au titre de l'aide sociale départementale :	☐ OUI	☐ NON
→ la prestation de compensation du handicap (PCH) (*) :	☐ OUI	☐ NON
(*) Joindre le justificatif correspondant		
Attention ! Aucune de ces prestations n'est cumulable avec l'APA		

Pour votre information, après évaluation de votre perte d'autonomie, le Conseil Départemental pourra vous proposer le bénéfice d'une carte de stationnement et d'invalidité.

DOCUMENTS A JOINDRE IMPÉRATIVEMENT AU DOSSIER DE DEMANDE

- ❑ **photocopie du <u>livret de famille</u> ou de la <u>carte nationale d'identité</u> ou d'un <u>passeport de la Communauté européenne</u> ou un <u>extrait d'acte de naissance</u>**

- **si vous êtes de nationalité étrangère (non ressortissant d'un des états membres de l'Union Européenne), joindre une photocopie de <u>la carte de résidence</u> ou du <u>titre de séjour</u> <u>en cours de validité</u>**

- **photocopie du <u>dernier</u> avis d'imposition ou de non imposition à l'impôt sur le revenu (les 2 feuilles recto-verso) du demandeur et de son conjoint ou de son concubin ou de la personne avec laquelle il a conclu un PACS**

- **un relevé d'identité bancaire ou postal à votre nom**

- **l'annexe 1 remplie et signée autorisant la transmission des informations relatives à votre demande à votre caisse de retraite principale, en cas de rejet de la demande d'A.P.A.**

- **Le cas échéant, toute pièce justificative des biens ou capitaux relevant du patrimoine dormant (photocopie du dernier relevé des taxes foncières sur les propriétés bâties et non bâties, relevé annuel de situation du contrat d'assurance vie, ….)**

Le dossier de demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie sera déclaré complet à condition que celui-ci soit dûment complété, daté et signé et que les justificatifs ci-dessus soient joints à la demande.

PIÈCE COMPLÉMENTAIRE

- **<u>l'évaluation médicale</u> (enveloppe jointe au dossier) <u>de la perte d'autonomie</u> remplie par votre médecin traitant, sous pli cacheté**

Je soussigné(e), ……..agissant en mon nom propre*/en qualité de représentant légal*/en ma qualité de référent*, certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant dans ce dossier d'A.P.A.

Je suis tenu(e) d'informer, dans les meilleurs délais, le Département de l'Yonne, de tout changenent ultérieur de situation.

Je m'engage à fournir toutes les pièces justificatives demandées.

Je suis informé(e) que toute fausse déclaration ou falsification de document, toute obtention usurpée d'un droit, m'expose à des sanctions pénales et financières en application des articles L.331-1, L.331-3, L.433-19 et L. 441-7 du Code Pénal ainsi que, le cas échéant, à la récupération par le Département des somme indûment perçues.

Fait à : …….. le, ……..

Signature :

* Rayer la mention inutile

DISPOSITIONS RELATIVES A LA LOI DU 6 JANVIER 1978

Les traitements relatifs à cette demande sont informatisés. 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 l'article 27 de cette loi , les personnes auprès desquelles sont recueillies des informations nominatives sont informées que :

1) Les destinataires des informations collectées sont exclusivement les administrations et organismes habilités à connaître des dossiers d'aide à domicile ou en établissement ;
2) En tout état de cause, les personnes concernées ont un droit d' accès et de rectification des informations nominatives stockées ou traitées informatiquement.

Pour l'exercice de ce droit, il convient de vous adresser selon la prestation dont vous bénéficierez, en justifiant de votre identité, à :

Monsieur le Président du Conseil Départemental
Pôle des Solidarités Départementales
Direction Autonomie Handicap Dépendance
Service d'Aide au Maintien à l'Autonomie (SAMA)
16 – 18 boulevard de la Marne
89089 AUXERRE Cedex