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



Réservé aux services du Conseil départemental			
N° de dossier	*Date de demande* |_|_|_| |_|_|_| |_|_|	*Date de relance* |_|_|_| |_|_|_| |_|_|	*Date de dossier complet* |_|_|_| |_|_|_| |_|_|

Tampon du service ayant remis le dossier ou aidé à le compléter

DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE (APA) A DOMICILE

pour les personnes âgées de 60 ans et plus, présentant des difficultés pour réaliser les actes essentiels de la vie quotidienne – *Article L.232-1 du code de l'action sociale et des familles*

Vous devez remplir cet imprimé avec le plus grand soin. Toutes les cases doivent être renseignées.
Ce dossier doit être complet et signé par vous-même ou votre représentant légal avant son envoi.

(liste des pièces à fournir en annexe)

A défaut, votre demande ne pourra pas être instruite

Votre identité

Madame ☐ Monsieur ☐

Nom de naissance: ..... Nom d'époux/d'usage: .....

Prénom : comme indiqué sur votre pièce d'identité.....

Date de naissance: .....Commune de naissance: .....

Département de naissance: .....

Pays de naissance : France ☐ Autre ☐ Préciser : .....

Adresse: .....

Code postal: ..... Commune: .....

Téléphone fixe: ..... Portable: .....

Courriel: .....

Comment souhaitez-vous être contacté prioritairement par le service APA courrier ☐ téléphone ☐ courriel ☐

Renseignements concernant votre adresse actuelle indiquée ci-dessus

Date d'arrivée à cette adresse (à compléter obligatoirement) : |_ |_ | |_ |_| |_ |_ |_ |_ |

Vous êtes : propriétaire ☐ locataire ☐ en résidence autonomie ☐

hébergé(e) ☐ préciser chez qui .....

Si vous résidez dans le Finistère depuis moins de trois mois, précisez votre dernière adresse :

Adresse (N° - rue): .....

Code postal: ..... Commune: .....

S'agissait-il d'un : domicile privé ☐ d'une famille d'accueil ☐

d'un établissement (EHPAD, résidence autonomie, hôpital) ☐

Nom de la structure .....

Renseignements concernant le demandeur et son conjoint -	Le demandeur	Votre conjoint(e) - concubin(e) - partenaire de Pacs
Nom de naissance		
Nom d'usage ou marital		
Prénom		
Date et lieu de naissance		Le ……. à …….
Nationalité	❑ française ❑ communauté européenne ❑ autre nationalité Date de fin du titre de séjour :	❑ française ❑ communauté européenne ❑ autre nationalité Date de fin du titre de séjour :
Situation de famille (date obligatoire)	Marié-e depuis le : I____I I____I I____I Veuf(ve) depuis le : I____I I____I I_____I Célibataire ❑ divorcé(e) ❑ séparé(e) ❑ concubinage ❑ Pacs ❑	
N° de sécurité sociale (15 chiffres obligatoirement)	I_____I I____I	I_____I I____I
Caisse de sécurité sociale	CPAM ❑ MSA ❑ CNMSS ❑ ENIM ❑ Autre : ❑ Préciser :……	CPAM ❑ MSA ❑ CNMSS ❑ ENIM ❑ Autre : ❑ Préciser : …… ..
Régime de retraite principal	CARSAT ❑ MSA ❑ RSI ❑ FSPOEIE ❑ CNRACL ❑ Autre : ❑ Préciser :……	CARSAT ❑ MSA ❑ RSI ❑ FSPOEIE ❑ CNRACL ❑ Autre : ❑ Préciser :……
Préciser si votre conjoint(e), concubin(e) ou partenaire de Pacs réside : à votre domicile ❑ en structure hébergement ❑ S'il ne réside pas à votre domicile, indiquer ses coordonnées : Adresse : …… Code postal : …… commune: ……		

FAITES-VOUS L'OBJET D'UNE MESURE DE PROTECTION ❑ oui ❑ non ❑ en cours

Si oui, quel type ? **Joindre la copie du jugement obligatoirement**
sauvegarde de justice ❑ curatelle ❑ tutelle ❑ mandat de protection future ❑ mandataire spécial ❑
ou d'une mesure d'accompagnement judiciaire ❑ mesure d'accompagnement social personnalisé ❑

Nom et prénom du représentant légal : ……
Adresse :……

Courriel :……

AUTRES PERSONNES (HORS CONJOINT) VIVANT AU SEIN DE VOTRE FOYER

NOM ET PRENOM	DATE DE NAISSANCE	LIEN DE PARENTE	COURRIEL - N° DE TELEPHONE

ENFANTS NE VIVANT PLUS AU FOYER

NOM ET PRENOM	DATE DE NAISSANCE	N° DE TELEPHONE	COURRIEL	ADRESSE N° RUE CODE POSTAL COMMUNE

CONTACT DE VOTRE DOSSIER : Personne que vous désignez pour vous accompagner dans vos démarches d'APA

NOM ET PRENOM DE LA PERSONNE A CONTACTER :

Nom et prénom : .....
Liens avec le demandeur : .....
Adresse (si non indiquée ci-dessus): .....
Code postal : .....commune.....
Téléphone : .....
Courriel : ..... @ .....

AUTRES AIDES PERÇUES non cumulables avec l'APA (à compléter obligatoirement)

Aides	A compléter	DATE DE FIN
Majoration pour aide constante d'une tierce personne (MTP) associée à une pension d'invalidité de 3ème catégorie ou retraite	OUI ☐ NON ☐ EN COURS ☐	……/……../……
La prestation complémentaire pour recours à tierce personne (PCRTP)	OUI ☐ NON ☐ EN COURS ☐	……/……../……
Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP)	OUI ☐ NON ☐ EN COURS ☐	……/……../……
Prestation de compensation du handicap (PCH)	OUI ☐ NON ☐ EN COURS ☐	……/……../……
Aide-ménagère au titre de l'aide sociale départementale	OUI ☐ NON ☐ EN COURS ☐	……/……../……
Aide-ménagère prise en charge par la caisse de retraite	OUI ☐ NON ☐ EN COURS ☐ Si oui, nombre d'heures accordées :	……/……../……

Demande de carte mobilité inclusion

Disposez-vous d'une Carte Mobilité Inclusion ? oui ☐ (joindre une copie) non ☐

Avez-vous déjà un taux d'incapacité fixé par la Maison Départementale des Personnes Handicapées : oui ☐ non ☐

En complément de votre demande d'APA, souhaitez-vous solliciter le bénéfice de la Carte Mobilité Inclusion (CMI) ? oui ☐ non ☐

Si oui, souhaitez-vous :

la CMI avec mention Stationnement oui ☐ non ☐ la CMI priorité oui ☐ non ☐

la CMI avec mention Invalidité oui ☐ non ☐

(avec le cas échéant, la sous-mention besoin d'accompagnement ☐ ou besoin accompagnement cécité ☐)

Le conseil départemental instruira votre demande si l'évaluation de votre dépendance est de 1 à 4.

En cas de rejet de votre demande d'APA, vous devrez déposer une demande auprès de la MDPH.

PATRIMOINE DU FOYER Ces éléments permettront de calculer votre participation éventuelle au plan d'aide

- **BIENS IMMOBILIERS DU FOYER (MONSIEUR - MADAME) -1-**

☐ Je déclare, ainsi que mon conjoint, concubin ou partenaire de Pacs, ne posséder aucun patrimoine immobilier

☐ Je déclare, ainsi que mon conjoint, concubin ou partenaire de Pacs, posséder des biens immobiliers détaillés **dans le tableau en annexe**

- **BIENS MOBILIERS ET EPARGNE DU FOYER (MONSIEUR / MADAME)-2-**

☐ Je déclare, ainsi que mon conjoint, concubin ou partenaire de Pacs, posséder des biens mobiliers et/ou d'épargne : dans ce cas, **remplir le tableau joint en annexe**

☐ Je déclare, ainsi que mon conjoint, concubin ou partenaire de Pacs le cas échéant, ne posséder aucun placement financier.

J'accepte, dans le cadre d'une demande qui nécessite une coordination avec d'autres financeurs, que les éléments de ce dossier soient communiqués aux gestionnaires de ces prestations (exemple : caisse de retraite) oui ☐ non☐

☐ **J'accepte** que le Conseil départemental, pour faciliter ma prise en charge, échange avec les professionnels qui m'accompagnent en application de l'article L 1110-4 du code de la santé publique

ou

☐ **Je n'accepte pas** que le Conseil départemental, pour faciliter ma prise en charge, échange avec les professionnels qui m'accompagnent en application de l'article L. 1110-4 du code de la santé publique

Je certifie sur l'honneur l'exactitude de tous les renseignements figurant sur le présent dossier et m'engage à signaler au Conseil départemental toute modification de ma situation (état de santé, ressources, patrimoine, capitaux,...).

Je suis informé(e) qu'en cas de fraude, de fausse déclaration ou d'omission, je m'expose à des poursuites judiciaires ainsi qu'au remboursement des prestations indûment perçues et je m'engage à fournir toutes les pièces justificatives. *Les services du Conseil départemental peuvent demander toute information nécessaire aux administrations publiques, notamment aux administrations fiscales, aux collectivités territoriales, aux organismes de sécurité sociale et de retraite complémentaire qui sont tenus de les leur communiquer (Article L-232-16 du code de l'action sociale et des familles).*

Informatique et libertés : Les informations recueillies vous concernant font l'objet d'un traitement informatique auquel vous consentez, destiné à instruire votre demande d'APA à domicile. Cette aide s'inscrit dans le cadre réglementaire suivant : Règlement européen sur la protection des données (UE2016 :679) _ RGPD, code de l'action sociale et des familles, Loi informatique et libertés n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée. Vous pouvez obtenir communication de ces informations et, le cas échéant, obtenir leur rectification, sur présentation d'une pièce d'identité, en vous adressant au service où vous avez déposé votre demande ou directement au Conseil départemental du Finistère – 32 boulevard Dupleix - CS29029 – 29196 Quimper cedex

Signature **du demandeur ou de son représentant légal**

A..... Le .....

-1- Biens immobiliers du foyer

Vous devez déclarer tous les biens (dont terrains) dont vous êtes propriétaire.

Votre résidence principale si elle est occupée par vous-même, votre conjoint, concubin ou partenaire de

PACS, vos enfants ou petits-enfants ne sera pas retenue dans le calcul de votre participation

Joindre une copie des taxes foncières de tous les biens dont vous-même et votre conjoint êtes propriétaires ou usufruitier

Votre résidence principale (si propriétaire ou usufruitier)		
Adresse : ..... Code postal : .....Commune :		
Autres biens : **Adresse du bien** (N° rue code postal commune)	**Nature du bien** (maison, terrain, appartement, garage...)	**Biens en location**
		OUI ☐ NON ☐
		OUI ☐ NON ☐
		OUI ☐ NON ☐

-2- Etat récapitulatif des capitaux mobiliers du foyer

A joindre impérativement à la demande d'allocation personnalisée d'autonomie (APA)

(Articles L132-1, L232-4, L232-8 et R232-5 du code de l'action sociale et des familles)

NB : Joindre pour chaque contrat une copie du dernier relevé annuel fourni par l'organisme concerné (banque, assurance,…)

Vous devez déclarer : la valeur des contrats d'assurance-vie, les 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, comptes-titres, OPCI…

Ne pas déclarer : compte courant, Livret A, Livret de développement durable, plan d'épargne logement, PEA ….

Demandeur		**Conjoint, concubin, partenaire de PACS**	
Nom du contrat	**Valeur**	**Nom du contrat**	**Valeur**
	€		**€**
	€		**€**
	€		**€**
	€		**€**

Date : **Signature du demandeur ou de son représentant légal**

PIECES A JOINDRE A VOTRE DEMANDE D'APA

Vous devez transmettre votre dossier complet, signé, avec les pièces justificatives ci-dessous, au service APA dont vous dépendez :

□ copie de la carte nationale d'identité ou passeport de la communauté européenne ou extrait du livret de famille ou d'acte de naissance

□ pour les personnes de nationalité étrangère, hors communauté européenne : la copie **recto-verso** du titre de séjour en cours de validité

□ copie du dernier avis d'impôt sur les revenus du demandeur (toutes les pages) et le cas échéant de son conjoint, de son concubin ou de son partenaire de Pacs ou celui sur lequel le demandeur figure à charge, ainsi que les justificatifs des revenus perçus à l'étranger.

Joindre l'avis d'imposition recto-verso :

- de l'année N-2 si la demande est déposée entre le 1er janvier et le 31 août
- de l'année N-1 si la demande est déposée entre le 1er septembre et le 31 décembre

□ en cas de changement de situation familiale dans les 12 mois précédant la demande (décès du conjoint, divorce…) joindre les justificatifs de vos pensions de retraites personnelles et de réversion en vigueur au moment de la demande. Joindre tous les avis d'imposition pour l'année de référence et non pas uniquement les situations partielles.

□ le tableau des capitaux mobiliers **renseigné page 5 avec les pièces justificatives**

□ pour les propriétaires, copie de l'avis d'impôt ou d'exonération concernant la taxe foncière de chaque bien immobilier (recto-verso), et **compléter la page 5**

□ relevé d'identité bancaire/IBAN **au nom et prénom du demandeur,** avec la mention « sous-protection de » en cas de tutelle.

□ le questionnaire ci- joint