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



CHER
DÉPARTEMENT 18

PRÉVENTION, AUTONOMIE ET VIE SOCIALE
Direction Autonomie Personnes Âgées
Personnes Handicapées - MDPH
Pyramides du Conseil départemental
7 route de Guerry
18000 BOURGES
* * *
Tél 02 48 27 31 31 - Fax 02 48 27 31 54

N° DOSSIER

NOM : .....

PRÉNOM : .....

COMMUNE : .....

DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE À DOMICILE (APA à domicile)
D'UNE PERSONNE DE SOIXANTE ANS OU PLUS

Cocher la case correspondante

- ☐ 1ère Demande
- ☐ Nouvelle demande
- ☐ Renouvellement

DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE EN ÉTABLISSEMENT HORS DÉPARTEMENT (APA en établissement)
D'UNE PERSONNE DE SOIXANTE ANS OU PLUS

Cocher la case correspondante

- ☐ 1ère Demande
- ☐ Nouvelle demande
- ☐ Renouvellement

	LE DEMANDEUR	LE CONJOINT OU LA PERSONNE VIVANT MARITALEMENT	AUTRE(S) PERSONNE(S) VIVANT AU DOMICILE DU DEMANDEUR (lien éventuel de parenté à préciser)
NOM			
NOM DE JEUNE FILLE			
Prénom			
Date et lieu de naissance			
Nationalité (Française, ressortissant de l'Union Européenne, autre)			
Date arrivée en France (pour les étrangers)			
Situation de famille (célibataire, marié(e), divorcé(e), veuf(ve), vie maritale, PACS)			
Régime de retraite principal (caisse auprès de laquelle vous avez cotisé le plus longtemps)			
N° d'Assuré(e) Social(e)			
Profession du conjoint et adresse de l'employeur (le cas échéant)			

Adresse actuelle du demandeur : .....

.....

N° de téléphone : .....

Précisez s'il s'agit :

- ☐ du domicile
- ☐ d'une résidence autonomie (ex: foyer logement, MARPA)
- ☐ du domicile d'un membre de la famille .....
- ☐ d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées de - de 25 lits date d'entrée : .....
- ☐ d'un accueil familial social par un particulier à titre onéreux date de début d'accueil : .....

Adresse précédente, précisez cette adresse si vous résidez à l'adresse actuelle depuis moins de 3 mois:

Lieu de résidence actuelle du conjoint si différente de celui du demandeur::

◆ Bénéficiez-vous d'une mesure de protection juridique ?

☐ Sauvegarde de justice ☐ Tutelle ☐ Curatelle ☐ Habitation familiale ☐ Mandat de protection future

Coordonnées de la personne ou de l'association chargée de la mesure:

Nom, Prénom: .....

Adresse : .....

N° Téléphone : .....

Lien de parenté: .....

Mail: .....

◆ Coordonnées de la personne référente à contacter pour le dossier, en cas d'urgence, ou pour une visite à domicile :

Nom, Prénom: .....

Adresse : .....

N° Téléphone : .....

Lien de parenté: .....

Mail: .....

REVENUS	DEMANDEUR (indiquer le montant, l'organisme payeur et la périodicité de versement)	CONJOINT
Retraite Principale Organisme :		
Retraite(s) complémentaire(s) Organisme :		

BIENS IMMOBILIERS (MAISONS, APPARTEMENTS, TERRAINS, TERRES AGRICOLES …)

Nature du bien, adresse, superficie, références cadastrales	Valeur du bien	Le cas échéant, montant des revenus procurés par le bien (loyers, fermages …)	Si le bien n'est pas loué, indiquer la valeur locative figurant sur le dernier avis de taxe foncière
Habitation principale : Si le demandeur est hébergé en établissement, précisez qui occupe l'habitation :			
Autres biens :			

ALLOCATIONS PERÇUES AU JOUR DE LA DEMANDE

Percevez-vous :

- ◆ l'allocation compensatrice pour tierce-personne ? oui ☐ non ☐
- ◆ la prestation compensation du handicap ? oui ☐ non ☐
- ◆ la majoration pour aide constante d'une tierce-personne ? oui ☐ non ☐

Si oui: Caisse de retraite concernée: Nb d'heures/mois :

ATTENTION, l'Allocation d'Aide Personnalisée à l'Autonomie n'est cumulable avec aucune des aides citées ci-dessus.

Avez-vous rempli ce dossier avec l'aide de quelqu'un? ❒ OUI ❒ NON

Si oui s'agit-il: ❒ un parent ❒ un aidant ❒ autres

Nom: .....

Prénom: .....

Pièces à fournir pour toutes demandes :

❒ Une Photocopie du livret de famille ou de la carte nationale d'identité ou d'un passeport de la communauté européenne ou un extrait d'acte de naissance
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
❒ Une photocopie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition sur le revenu ou le dernier avis déclaratif. Pour un demande déposée entre janvier et août de l'année n fournir l'avis de l'année n-2 ; pour une demande déposée entre septembre et décembre de l'année n fournir celui de l'année n-1
❒ Une photocopie du relevé des taxes foncières sur les propriétés bâties et sur les propriétés non bâties ou une attestation sur l'honneur précisant qu'il n'y a aucun bien immobilier.
❒ L'imprimé Attestation sur l'honneur (non cumul MAJTP)
❒ Un relevé d'identité bancaire ou postal
❒ Une photocopie du jugement de tutelle, de la curatelle, de la sauvegarde de justice, de l'habilitation familiale ou du mandat de protection future

Pièces à joindre en plus :

Pour l'APA à domicile :
❒ L'imprimé Certificat médical à faire remplir par votre médecin
❒ L'imprimé Aide au répit
❒ L'imprimé Déclaration patrimoine dormant

Pour l'APA en établissement :
❒ La matrice cadastrale sur les propriétés bâties et sur les propriétés non bâties en cas d'exonération
❒ L'adresse des biens immobiliers, maison(s) ou terrain(s), qui sont loués sur papier libre

La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux informations figurant dans ce formulaire.
Les informations recueillies permettent :
- aux agents habilités des services départementaux du département du Cher, de traiter votre demande relative à l'octroi d'une Allocation Personnalisée d'Autonomie, d'une Aide sociale selon les modalités précisées dans le règlement départemental d'aide sociale voté par l'Assemblée départementale en la délibération n°36/2017 en date du 30 janvier 2017, du Conseil départemental du Cher.
- au payeur départemental du Cher de verser l'aide attribuée
- aux autorités de contrôle des collectivités territoriales de réaliser leur contrôle

Un défaut de réponse entraînera des retards ou une impossibilité dans l'instruction du dossier. En fournissant les réponses, vous consentez à ce que les agents des services mentionnés ci-dessus puissent effectuer le traitement de ces informations dans le cadre des objectifs préalablement énoncés.
Les données personnelles sont conservées pendant la durée n'excédant pas celle nécessaire au regard de leurs objectifs. Elles sont traitées dans la limite des délais de prescription applicables.
Vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation, de portabilité de vos données, d'un droit d'opposition au traitement de celles-ci ainsi que le droit à tout moment de retirer votre consentement. Pour ce faire, la demande doit être adressée au Délégué à la protection des données - Conseil départemental du Cher - Hôtel du Département - 1 Place Marcel Plaisant - CS n°30322 - 18023 BOURGES CEDEX ou via la rubrique « contact » sur https://www.departement18.fr/.
Les réclamations relatives à la protection de vos données sont à adresser auprès de la CNIL.

Je soussigné(e).....agissant:
- en mon nom propre (1)
- en ma qualité de représentant (1)

certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus et déclare avoir pris connaissance que le fait d'avoir frauduleusement perçu une allocation, est puni des peines prévues par les articles 313-1 à 313-3 du code pénal.

Fait à :..... Le : .....

Signature :

(1) rayer la mention inutile

Conception & Impression : Imprimerie Cd18 N°O-000430-5