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



DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE (APA)

(Pour les personnes âgées de 60 ans et plus)

☐ À domicile ☐ En établissement

Nom et Prénom : _____

Cadre réservé à l'administration

Dossier familial : **Dossier complet le :**

ADRESSE DU DEMANDEUR

APA À DOMICILE

Votre adresse actuelle : _____

_____

_____

Téléphone : _____

Mail : _____

PRECISER S'IL S'AGIT :

☐ De votre domicile personnel
Dans ce cas, êtes-vous :

- ☐ Propriétaire
- ☐ Locataire
- ☐ Hébergé(e) chez :

M_____

☐ D'un foyer logement

☐ D'un accueil par un particulier à titre onéreux (accueil familial)

Vous résidez à cette adresse depuis le : _____

Indiquer l'adresse du domicile antérieur (si vous avez déménagé au cours des trois derniers mois) :

_____

APA EN ETABLISSEMENT

Adresse de l'établissement dans lequel vous résidez actuellement : _____

_____

_____

Téléphone : _____

Mail : _____

Date d'entrée : _____

Autre établissement fréquenté antérieurement :

_____

_____

Date d'arrivée : _____

Date de départ : _____

Adresse du domicile antérieur à toute entrée en établissement pour personnes âgées dépendantes :

_____

_____

Date d'arrivée : _____

Date de départ : _____

ÉTAT CIVIL

	Le demandeur	le conjoint /concubin ou le partenaire de Pacte Civil de Solidarité (Pacs)
Nom d'usage ou marital		
Nom de naissance		
Prénom(s)		
Date et Lieu de naissance		
Nationalité :	☐ Française ☐ Communauté Européenne ☐ Autre nationalité	☐ Française ☐ Communauté Européenne ☐ Autre nationalité
N° de Sécurité Sociale		
Régime de retraite principal		

En cas de veuvage, préciser la date du décès :_____

Préciser si votre conjoint(e), concubin(e) ou partenaire de Pacs réside :

☐ À votre domicile ☐ En structure d'hébergement

S'il ne réside pas à votre domicile, indiquer ses coordonnées (adresse, téléphone, mail) :

_____

_____

MESURE DE PROTECTION

Faîtes-vous l'objet d'une mesure de protection ☐ Oui ☐ Non ☐ En cours

Si oui, quel type ? ☐ Sauvegarde de justice ☐ Curatelle ☐ Tutelle

Nom et Prénom du représentant légal : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ Courriel : _____

PERSONNE À CONTACTER

NOM et Prénom : _____

Adresse :_____

_____

Lien avec le demandeur : _____Téléphone : _____

Courriel : _____

Indiquer si la personne (autre que le demandeur) souhaite être destinataire des courriers :

☐ Oui ☐ Non

AIDES EXISTANTES (À COMPLETER OBLIGATOIREMENT)

Bénéficiez- vous : (ces aides ne sont pas cumulables avec l'APA)

Majoration pour aide constante d'une tierce personne versée par la sécurité sociale (MTP)	☐ Oui ☐ Non
Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP)	☐ Oui ☐ Non
Prestation de compensation du handicap (PCH)	☐ Oui ☐ Non
Aide ménagère au titre de l'aide sociale départementale	☐ Oui ☐ Non
Aide ménagère prise en charge par la caisse de retraite	☐ Oui ☐ Non

RESSOURCES ANNUELLES

Indiquez les montants annuels avant abattement (si vous êtes concerné, ces éléments apparaissent sur votre avis d'imposition sur le revenu)	**Le demandeur**	**Le conjoint ou le concubin ou le partenaire de Pacte Civil de Solidarité**
Pensions, retraites, rentes, salaires	€/an	€/an
Revenus des locations meublés déclarés	€/an	€/an
Revenus professionnel non-salariés, revenus agricole	€/an	€/an
Revenus micro entreprise	€/an	€/an
Revenus fonciers nets	€/an	€/an
Montant des revenus soumis aux prélèvements libératoires	€/an	€/an

PATRIMOINE DU FOYER

(Renseignements à fournir par le demandeur et, le cas échéant, par le conjoint, le concubin ou la personne avec laquelle il a conclu un PACS)

BIENS IMMOBILIERS

☐ Je déclare ne posséder aucun patrimoine immobilier

☐ Je déclare posséder les biens immobiliers suivants :

Résidence principale	
Adresse :	☐ Occupée par le conjoint, le concubin, le partenaire de PACS, un enfant ou un petit-enfant ☐ Bien occupé par un tiers ☐ Libre ☐ Si ce bien est en indivision indiquer votre quote-part : _____

Autres biens immobiliers bâtis ou non bâtis (En cas de biens supplémentaires, fournir les renseignements correspondants sur papier libre)				
Nature du bien	Adresse	Valeur locative (donner le montant «base» figurant sur la taxe foncière)	En location (indiquer oui ou non)	Quote-part pour les biens en indivision

BIENS MOBILIERS ET CAPITAUX NON PLACÉS

Précision : les indications sur votre patrimoine vous sont demandées uniquement pour évaluer vos ressources.

☐ Je déclare ne pas posséder de biens mobiliers, ni capitaux placés

☐ Je déclare posséder les biens mobiliers et les capitaux non placés suivants :

Nature	Organisme bancaire ou postal	Montant du capital
Valeur des contrats d'assurance vie		
Biens mobiliers		
Œuvres d'art/objets de valeur		

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES (HORS INFORMATIONS MEDICALES) :

_____

_____

J'ATTESTE SUR L'HONNEUR QUE :

- les renseignements portés sur ce document sont exacts,
- je m'engage à informer le Conseil départemental concerné de toute modification de ma situation ainsi que celle des personnes vivant au foyer et à faciliter toute enquête,
- j'accepte, dans le cadre d'une demande qui nécessite une coordination éventuelle avec d'autres financeurs, que les éléments de ce dossier soient communiqués aux gestionnaires de ces prestations.

LU ET APPROUVÉ, le_____

Signature du demandeur ou de son représentant légal
(Nom – Prénom en toutes lettres)

Le dossier de demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie sera déclaré complet à condition d'être dûment complété, daté et signé et que les justificatifs demandés soient joints à la demande.

CONFORMEMENT A LA LOI «INFORMATIQUE ET LIBERTES» DU 6 JANVIER 1978 : Les renseignements portés sur ce formulaire font l'objet d'un traitement informatique.

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 Loiret – Maison Départementale de l'autonomie 15 rue Claude Lewy 45100 Orléans.

ENVOI DU DOSSIER AVEC LES JUSTIFICATIFS

Pour les personnes résidant à domicile dans le Loiret, le dossier est à envoyer au Conseil départemental du Loiret, Maison Départementale de l'Autonomie 45945 Orléans

Pour les personnes accueillies en établissement (E.H.P.A.D., maison de retraite, foyer logement,…) ou en famille d'accueil agréée, qui, avant leur entrée, étaient domiciliées depuis plus de 3 mois :

Dans un autre département que le Loiret : le dossier est à envoyer directement au Conseil départemental de ce département

Dans le département du Loiret : le dossier est à envoyer au Conseil départemental du Loiret, Maison Départementale de l'Autonomie 45945 Orléans

LES PIECES OBLIGATOIRES

☐ Copie recto-verso de la carte nationale d'identité ou du titre de séjour en cours de validité ou du passeport de la Communauté Européenne

☐ 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

☐ Pour les propriétaires, copie de l'avis de la taxe foncière (toutes les pages) concernant chaque propriété bâtie ou non bâtie

☐ Relevé d'Identité Bancaire/IBAN aux NOM et prénom du demandeur

LES PIECES COMPLEMENTAIRES

☐ Copie du jugement de mesure protection juridique

☐ Certificat médical (facultatif) complété par le médecin traitant et joint au dossier sous pli cacheté

☐ Justificatif de domicile datant de moins de trois mois avant l'entrée en établissement

Pour une demande d'APA en établissement, documents à fournir par la structure d'accueil :

☐ Attestation de présence précisant la date d'entrée du demandeur

☐ Relevé d'Identité Bancaire et Numéro SIRET de l'établissement

☐ Arrêté tarifaire

☐ Grille AGGIR