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



DÉPARTEMENT DE L'EURE en Normandie

Délégation sociale

Direction Solidarité Autonomie

HOTEL DU DÉPARTEMENT
14, boulevard Georges Chauvin
CS 72101
27021 Evreux Cedex
Tél 02 32 31 96 84 fax 02 32 39 91 72

A.P.A.
Demande d'allocation personnalisée d'autonomie d'une personne de soixante ans et plus

❑ À domicile
❑ En établissement
❑ En famille d'accueil

❑ 1ère demande
❑ Renouvellement / révision :
n° dossier _____

❑ Monsieur ❑ Madame

Nom usuel : _____

Prénoms : _____

Nom de naissance : _____

Né.e le : _____ à _____

Département : _____

Nationalité : ❑ française ❑ européenne ❑ autre

N° de sécurité sociale : _____

N° de tél. (obligatoire pour la prise de rendez-vous) : _____

N° de port. : _____ Mail : _____

Êtes-vous : ❑ Locataire ❑ Occupant a titre gratuit ❑ Propriétaire ❑ Usufruitier

Domicile	Maison de retraite (EHPAD[1])	Résidence autonomie (Foyer logement)	Accueil familial
_____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____
Depuis le : _____	Date d'entrée : _____	Date d'arrivée le : _____	Date d'arrivée le : _____
Domicile antérieur _____ _____ _____	**Domicile de secours[2]** (adresse avant entrée en maison de retraite) _____ _____ _____	**Domicile de secours[2]** (adresse avant l'arrivée en résidence autonomie) _____ _____ _____	**Domicile de secours[2]** (adresse avant l'arrivée en accueil familial) _____ _____ _____
	Du _____ au _____	Du _____ au _____	Du _____ au _____

1 *Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes*

2 *Domicile de secours : la prise en charge de l'A.P.A. incombe au Département de votre domicile de secours, c'est à dire le Département où vous résidiez plus de trois mois avant votre arrivée en maison de retraite, résidence autonomie ou famille d'accueil.*

Mesure de protection

Le.a demandeur.euse fait-il l'objet d'une mesure de protection : ❑ oui ❑ non ❑ en cours

Si oui, laquelle : ❑ Sauvegarde de justice ❑ Curatelle ❑ Curatelle renforcée ❑ Tutelle
❑ Mesure d'accompagnement judiciaire

Adresse du représentant : _____

_____

N° de tél. : _____

Adresse mail : _____@_____

Situation de famille

❑ Monsieur ❑ Madame

❑ Célibataire ❑ Marié.e ❑ Pacsé.e ❑ Vie maritale ❑ Séparé.e ❑ Divorcé.e ❑ Veuf.ve

→ Conjoint.e / Concubin.e / Partenaire de pacs

Nom usuel : _____

Prénoms : _____

Nom de naissance : _____

Né.e le : _____ à _____ Département : _____

Nationalité : ❑ française ❑ européenne ❑ autre

N° de sécurite sociale : _____

Est-il.elle :

❑ retraité.e ❑ en activité ❑ autre

Adresse (à préciser si différente du.de la demandeur.euse) _____

_____

Si le.a conjoint.e, concubin.e, ou membre du pacs est décédé.e, préciser la date du décès : _____/ _____/ _____

Autres personnes vivant sous le même toit que le.la demandeur.euse
(hors conjoint.e, concubin.e ou membre du pacs)

Nom et prénom	Date de naissance	Lien de parenté	Profession

Référent

❑ Monsieur ❑ Madame

Personne ou organisme à contacter en cas de besoin, destinataire de tout courrier relatif à la demande d'APA

Nom et Prénom : _____ Lien de parenté : _____

Adresse : _____

_____

N° de tél. (obligatoire pour la prise de rendez-vous) : _____

Adresse mail : _____@_____ Né.e le : _____

Nom, adresse et téléphone du médecin traitant

_____

_____

- Pour les personnes en établissement, merci de passer directement aux questions de la page 4
- Pour les personnes à domicile, en résidence autonomie ou en accueil familial, merci de compléter le questionnaire page suivante

Proche.s - Aidant.e.s

Personne de votre famille ou de votre entourage amical ou de voisinage qui vous apporte une aide dans la vie quotidienne

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, que l'on nommera « aidant.e.s » dans ce qui suit. Son remplissage est facultatif.

Aidant.e 1	Aidant.e 2
❑ Monsieur ❑ Madame	❑ Monsieur ❑ Madame
Nom et Prénom : _____	Nom et Prénom : _____
Date de naissance : _____ Âge : _____	Date de naissance : _____ Âge : _____
Adresse : _____ _____ _____	Adresse : _____ _____ _____
Lien avec votre aidant.e : _____	Lien avec votre aidant.e : _____
Nature de l'aide apportée (ex : accompagnement dans les déplacements à l'extérieur de votre domicile, courses...) _____ _____	Nature de l'aide apportée (ex : accompagnement dans les déplacements à l'extérieur de votre domicile, courses...) _____ _____
Durée et périodicité de l'aide apportée (journée, semaine ou mois) _____ _____	Durée et périodicité de l'aide apportée (journée, semaine ou mois) _____ _____

Employé.e en emploi direct ou CESU (Chèque Emploi Service Universel)

Employé.e 1	Employé.e 2	Employé.e 3
❑ Monsieur ❑ Madame	❑ Monsieur ❑ Madame	❑ Monsieur ❑ Madame
Nom et Prénom : _____ _____	Nom et Prénom : _____ _____	Nom et Prénom : _____ _____
Date de naissance : _____ Âge : _____	Date de naissance : _____ Âge : _____	Date de naissance : _____ Âge : _____
N° Sécurité Sociale : _____	N° Sécurité Sociale : _____	N° Sécurité Sociale : _____
Adresse : _____ _____ _____ _____	Adresse : _____ _____ _____ _____	Adresse : _____ _____ _____ _____
Date d'embauche : _____	Date d'embauche : _____	Date d'embauche : _____

Ressources du foyer

Joindre la copie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition sur les revenus (toutes les pages)

Ressources :

Demandeur.euse	Conjoint.e / concubin.e / partenaire de pacs
Caisse de retraite principale ❑ CARSAT ❑ MSA ❑ RSI ❑ AUTRE Nom et adresse de l'organisme de retraite, si autre _____ _____ _____	Caisse de retraite principale ❑ CARSAT ❑ MSA ❑ RSI ❑ AUTRE Nom et adresse de l'organisme de retraite, si autre _____ _____ _____
Caisses de retraites complémentaires Nom et adresse des organismes (ex : arcco) _____ _____ _____	Caisses de retraites complémentaires Nom et adresse des organismes (ex : arcco) _____ _____ _____

Percevez-vous : (répondre par oui ou par non)	Demandeur.euse	Conjoint.e
• Une pension de reversion (Si oui, merci de joindre les justificatifs)	❑ oui ❑ non	❑ oui ❑ non
• L'allocation de solidarité aux personnes âgées (A.S.P.A, ancien minimum vieillesse)	❑ oui ❑ non	❑ oui ❑ non
• L'allocation aux adultes handicapés (AAH)	❑ oui ❑ non	❑ oui ❑ non
• La majoration pour tierce personne (MTP)	❑ oui ❑ non	❑ oui ❑ non
• La prestation complémentaire pour recours à tierce personne (PCRTP)	❑ oui ❑ non	❑ oui ❑ non
• L'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP)	❑ oui ❑ non	❑ oui ❑ non
• L'aide ménagère (versée par les caisses de retraite)	❑ oui ❑ non	❑ oui ❑ non
• Une pension d'invalidité	❑ oui ❑ non	❑ oui ❑ non
• Une rente accident du travail	❑ oui ❑ non	❑ oui ❑ non
• Des ressources ne figurant pas sur l'avis d'imposition soumis aux prélèvements libératoires Si oui, montant	❑ oui ❑ non _____	❑ oui ❑ non _____
• Une pension alimentaire fixée par décision de justice	❑ oui ❑ non	❑ oui ❑ non

Biens immobiliers (cocher la case correspondant à votre situation) :

❑ Je déclare sur l'honneur ne pas posséder d'autres biens immobiliers (bâtis ou non bâtis) que celui que j'occupe au titre de ma résidence principale.

❑ Je déclare posséder d'autres biens immobiliers (bâtis ou non bâtis...) et je complète le tableau ci-dessous :

Adresse : _____ _____ _____ _____	Êtes-vous : ❑ Propriétaire ❑ Usufruitier	Le bien est-il : ❑ Loué ❑ Occupé à titre gracieux	Est-il occupé par : ❑ Enfants ❑ Petits enfants ❑ Conjoint.e ❑ Locataire ❑ Autre personne à titre gracieux	Montants des loyers ou fermages (annuels ou mensuels) _____ _____
Adresse : _____ _____ _____ _____	Êtes-vous : ❑ Propriétaire ❑ Usufruitier	Le bien est-il : ❑ Loué ❑ Occupé à titre gracieux	Est-il occupé par : ❑ Enfants ❑ Petits enfants ❑ Conjoint.e ❑ Locataire ❑ Autre personne à titre gracieux	Montants des loyers ou fermages (annuels ou mensuels) _____ _____
Adresse : _____ _____ _____ _____	Êtes-vous : ❑ Propriétaire ❑ Usufruitier	Le bien est-il : ❑ Loué ❑ Occupé à titre gracieux	Est-il occupé par : ❑ Enfants ❑ Petits enfants ❑ Conjoint.e ❑ Locataire ❑ Autre personne à titre gracieux	Montants des loyers ou fermages (annuels ou mensuels) _____ _____

Joindre impérativement la photocopie de toutes les pages des différentes taxes foncières en précisant les biens procurant des revenus déclarés dans votre avis d'imposition (y compris pour les terres agricoles), ainsi que les justificatifs concernant la location des biens, terrains.

NB : si aucune case n'est cochée, une demande de pièces complémentaires vous sera systématiquement envoyée et cela retardera la prise en compte de votre dossier.

Biens mobiliers et capitaux (dont assurance-vie) : cocher la case correspondant à votre situation et joindre les relevés d'assurance-vie ainsi que les justificatifs précisant les intérêts de vos différents placements pour le demandeur et/ou son conjoint.

❑ Je déclare sur l'honneur que ni moi ni mon.a conjoint.e / concubin.e / partenaire de PACS ne possédons de capitaux, produits d'épargne....

❑ Je déclare que moi ou mon.a conjoint.e /concubin.e / partenaire de PACS possédons des produits d'épargne et je complète le tableau ci-dessous :

NB : si aucune case n'est cochée, une demande de pièces complémentaires vous sera systématiquement envoyée et cela retardera la prise en compte de votre dossier.

Biens mobiliers (Epargne)	Détenteur du compte	Nom du produit (Ex : livret A, LDD, LEP, PEL...)	Montant	Intérêts ou revenus de l'année civile précédente
Compte courant	❑ Demandeur.euse			
	❑ Conjoint.e / Concubin.e Partenaire de PACS			
	❑ Compte joint			
Livrets	❑ Demandeur.euse			
	❑ Conjoint.e / Concubin.e Partenaire de PACS			
Obligations, actions	❑ Demandeur.euse			
	❑ Conjoint.e / Concubin.e Partenaire de PACS			
Assurance-vie	❑ Demandeur.euse ❑ Conjoint.e / Concubin.e Partenaire de PACS			
Autres (Précisez)	❑ Demandeur.euse			
	❑ Conjoint.e / Concubin.e Partenaire de PACS			

Carte mobilité inclusion (C.M.I)

Bénéficiez-vous actuellement :

- d'une carte européenne de stationnement ❑ oui ❑ non
- d'une carte d'invalidité ❑ oui ❑ non

Si oui, souhaitez-vous :

- Le renouvellement (carte arrivant à expiration) ❑ oui ❑ non
- Le remplacement ❑ oui ❑ non

Si non, souhaitez-vous, sur le fondement de l'article L 243-1 du Code de l'action sociale et des familles, demander :

- une carte mobilité inclusion mention invalidité ❑ oui ❑ non
- une carte mobilité inclusion mention stationnement pour personnes handicapées ❑ oui ❑ non

Si vous avez coché oui et que l'équipe médico-sociale, lors de sa visite à domicile, évalue votre dépendance en GIR 1 et 2, ces cartes vous seront délivrées d'office et à titre définitif.

Déclaration sur l'honneur

Autorisez-vous le Conseil départemental à transmettre votre dossier à votre caisse de retraite (en cas de rejet de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie à domicile) ❑ oui ❑ non

Je soussigné.e, agissant en ma qualité propre / en ma qualité de représentant légal, certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis dans le cadre de la demande d'A.P.A.

A_____

Le_____/_____/_____ **Signature :**

« La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraude ou de fausses déclarations (Article L337-1 du code de la sécurité sociale, article L441-1 du code pénal) ». Les informations collectées par le Département de l'Eure directement auprès de vous, avec votre consentement, font l'objet d'un traitement manuel et automatisé ayant pour finalité la gestion des allocations personnalisées d'autonomie (APA). Vous disposez du droit de retirer votre consentement à tout moment. Les informations marquées d'un astérisque sont obligatoires et sont nécessaires pour l'attribution de l'aide. À défaut, le Département de l'Eure ne sera pas en mesure de répondre à votre demande. Ces informations sont à destination des services habilités à instruire les dossiers et, le cas échéant, aux administrations et organismes conventionnés par le Département de l'Eure au vu de leur mission spécifique. Elles seront conservées pendant deux ans après la cessation de votre droit à la prestation, ou après l'intervention d'une décision définitive en cas de contentieux. Conformément au Règlement (UE) 2016/679 relatif à la protection des données à caractère personnel, vous disposez des droits suivants sur vos données : droit d'accès, droit de rectification, droit à l'effacement (droit à l'oubli), droit d'opposition, droit à la limitation du traitement, droit à la portabilité. Vous pouvez également définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de vos données à caractère personnel après votre décès. Vous pouvez, pour des motifs tenant à votre situation particulière, vous opposer au traitement des données vous concernant. Pour exercer vos droits, merci d'adresser votre courrier au Département de l'Eure, DPO, 14 Boulevard Georges Chauvin, 27000 Évreux ou courriel cil@eure.fr. Merci de joindre la copie d'une pièce d'identité. Sous réserve d'un manquement aux dispositions ci-dessus, vous avez le droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL.

Documents à fournir obligatoirement

- Le présent dossier dûment complété et signé

- La photocopie de toutes les pages du ou des livret(s) de famille ou de la carte nationale d'identité ou d'un passeport de l'union européenne ou un extrait d'acte de naissance ou, 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.

- La copie intégrale et lisible des 4 pages de votre dernier avis d'imposition ou de non imposition à l'impôt sur le revenu et de votre concubin le cas échéant par une demande déposée entre janvier et aout de l'année N : fournir l'avis d'imposition ou de non-imposition de l'année N-2 ; de septembre à décembre, celui de l'année N-1.

- Un relevé d'identité bancaire ou postale au nom du bénéficiaire pour les personnes vivant à leur domicile, en résidence autonomie ou en accueil familial.

- La photocopie intégrale et lisible de toutes les pages de vos dernières taxes foncières sur toutes les propriétés bâties et sur les propriétés non bâties.

- Un relevé annuel des assurances vie.

- Tout document justifiant d'une nouvelle situation (financière, changement état civil,changement de domicile)

- La grille A.G.G.I.R. complétée par le médecin coordonnateur de l'établissement (pour l'A.P.A. en établissement)

- Le bulletin d'entrée en établissement pour les personnes nouvellement admises en EHPAD.

- Le dernier jugement de tutelle, le cas échéant.

Pièce facultative pouvant être utile au bon traitement de votre demande

- Questionnaire médical adressé sous pli confidentiel.

Notes

DÉPARTEMENT DE L'EURE en Normandie

DÉLÉGATION SOCIALE
DIRECTION SOLIDARITÉ AUTONOMIE

HÔTEL DU DÉPARTEMENT

14, boulevard Georges-Chauvin
CS 72101
27021 Evreux cedex

Tél 02 32 31 96 84 Fax 02 32 33 68 00

eureenligne.fr @EureenNormandie

Conception et impression : CD27 - mars 2019