

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'utilisateur a la possibilité de faire appel à Click&Care, 1^{er} 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 maîtrise 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





CONSEIL DEPARTEMENTAL de la HAUTE-VIENNE

Dossier de demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie

Date de la demande :

NOM : **Nom de jeune Fille**

Prénoms :

ADRESSE :

.....

Téléphone :

Demande : à domicile

en établissement

situé en Haute-Vienne

Autres

Etes-vous actuellement bénéficiaire d'une prise en charge de votre hébergement au titre de l'aide sociale :

Oui

Non

● Coordonnées de la personne à contacter le cas échéant pour la visite d'évaluation à domicile ou en cas d'urgence (enfant, parent, autres...) :

NOM / Prénom :

adresse :

n° de téléphone :

A retourner à :

**CONSEIL DEPARTEMENTAL
Pôle personnes âgées, personnes handicapées
11 rue François Chénieux – CS 83112
87031 – LIMOGES Cedex 1**



**Les pièces justificatives suivantes
sont à joindre NON AGRAFEES**

IMPERATIVEMENT

à ce dossier de demande

◆ Photocopie intégrale du livret de famille ou de la carte nationale d'identité ou du passeport d'un état membre de l'union européenne ou un extrait de naissance.

- ***s'il s'agit d'un demandeur de nationalité étrangère (hors union européenne)***

photocopie de la carte de résidence ou du titre de séjour.

◆ Photocopie du **dernier avis** d'imposition ou de non-imposition à l'impôt sur le revenu. (copie du document intégral)

◆ Relevé d'identité bancaire ou postal.

◆ Joindre copie du dernier relevé de compte courant.

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 sur les propriétés non bâties.

◆ Relevé annuel d'assurance vie ou (attestation sur l'honneur pour les personnes qui n'en disposeraient pas).

Questionnaire à compléter

Toute absence de renseignements retarderait l'examen de votre dossier.

A - Renseignements concernant le demandeur :

DEMANDEUR

CONJOINT *

NOM :

NOM :

(nom de jeune fille et nom marital pour les femmes)

PRENOM :

PRENOM :

Date de naissance :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Lieu de naissance :

N° de sécurité sociale :

N° de sécurité sociale :

Relevez-vous d'un régime d'assurance maladie obligatoire d'un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'Espace économique européen, autre que la France, ou de la Confédération suisse ?

Est-il en activité ?

Oui

Non

Nationalité :

(française/ ressortissant de l'union européenne / autre)

Nationalité :

(française/ ressortissant de l'union européenne / autre)

Situation de famille :

(marié, divorcé, veuf, concubin, pacs, célibataire)

(en cas de veuvage, **date de décès du conjoint**) :

Etes-vous retraité ?

Est-il retraité ?

Régime de retraite principal :

- Il peut s'agir du conjoint, du concubin ou de la personne avec laquelle le demandeur a conclu un PACS.

LIEU DE RESIDENCE ACTUEL DU DEMANDEUR :

.....
.....
.....
.....

LIEU DE RESIDENCE ACTUEL DE SON CONJOINT SI DIFFERENT DU PRECEDENT :

.....
.....
.....

COCHER L'UNE DE CES CASES SUIVANTES SI LE LIEU DE RESIDENCE DU DEMANDEUR EST :

- Etablissement d'hébergement pour personnes âgées** (date d'entrée)

.....
admis à l'aide sociale le (le cas échéant)

- Le domicile d'un particulier accueillant à titre onéreux dans le cadre de la loi du 10 juillet 1989 (date de début d'accueil et nom de l'accueillant**

.....
.....

Adresse du domicile habituel (si adresse différente du lieu de résidence actuel) :

.....
.....
.....

(Si le département à qui incombe la prise en charge de l'A.P.A. en établissement – le département du domicile de secours – n'est pas le département où le demandeur réside, joindre au dossier de demande l'arrêté de tarification de l'établissement. Il appartient au directeur de l'établissement de fournir ce document au demandeur pour compléter son dossier de demande).

Mentionner le cas échéant l'existence d'une mesure de protection juridique :

- Sauvegarde de justice** **Tutelle** **Curatelle** **Habilitation familiale**

Nom et Adresse du tuteur ou de l'association chargée de la mesure :

(joindre copie du jugement)

B - REVENUS et PATRIMOINE (fournir les Justificatifs)

RESSOURCES ANNUELLES	MONTANT ANNUEL VERSE AU DEMANDEUR	MONTANT ANNUEL VERSE AU CONJOINT, CONCUBIN OU A LA PERSONNE AVEC LAQUELLE IL A CONCLU UN PACS
<p align="center"><u>Pensions et retraites</u></p> <p>Caisse de retraite principale (CARSAT, MSA, RSI, Autre) Préciser : <u>Nom et organisme payeur :</u></p>		
Allocation adulte handicapé :		
Pension d'invalidité :		
Rente accident du travail :		
Rente viagère :		
Pension de guerre :		
Pension de veuve de guerre, d'ascendant :		
Allocation chômage :		
Pension(s) alimentaire(s) versée(s) par les enfants :		
Salaires ou bénéfices déclarés :		
Revenus agricoles :		
Autres (à préciser) :		

PERCEVEZ-VOUS :	
La majoration pour aide constante d'une tierce personne (MTP) :	OUI - NON
La prestation complémentaire pour recours à tierce personne (PCRTP) :	OUI - NON
L'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) :	OUI - NON
La prestation de compensation du handicap (PCH) :	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

Attention : Aucune de ces prestations n'est cumulable avec l'allocation personnalisée d'autonomie.

ATTESTATION

Biens mobiliers et capitaux non imposables

Demandeur, conjoint, concubin, pacs.

PRODUITS	CAPITAL ACTUEL	INTERETS PERCUS OU CAPITALISES AU COURS DE L'ANNEE PRECEDENTE
Compte-chèque n°.....		
Livret d'Épargne (A)		
Livret d'Épargne Populaire (L.E.P.)		
Livret développement durable (L.D.D) ex (CODEVI) n°.....		
Livret ou compte Épargne Logement n°.....		
Épargne assurance vie		
P.E.P. n°.....		
Bons anonymes.....		
Autres : préciser		

BIENS IMMOBILIERS

oui

non

<u>Nature des biens et adresses</u> Ex : maison, appartement, terrains, terres agricoles...	<u>Usage actuel</u> Ex : <u>occupé</u> par le demandeur, Occupé à titre gratuit, location, en fermage ou <u>inoccupé</u>	Montant des revenus procurés par le bien

A compléter par un récapitulatif complémentaire si nécessaire.

C - Demande simplifiée d'une carte mobilité inclusion (CMI) :

Il vous est désormais possible de déposer une demande de Carte Mobilité Inclusion (CMI)* au Conseil départemental, conjointement à votre demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA).

APA à domicile :

⇒ Souhaitez-vous bénéficier de la carte mobilité inclusion comportant la mention « **priorité/invalidité** » ?

- OUI**
- NON**

⇒ Souhaitez-vous bénéficier de la carte mobilité inclusion comportant la mention « **stationnement pour personnes handicapées** » ?

- OUI**
- NON**

APA en établissement :

⇒ Déposez une demande de CMI auprès de la MDPH, 8 place des Carmes BP 73129 – 87031 Limoges.

* : Cf document explicatif joint : « vous avez plus de 60 ans - comment faire une demande de CMI »

D - Renseignements concernant les proches aidants 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. Son remplissage est facultatif.

Nom et prénom de votre ou de vos aidants :

.....

.....

Nature de l'aide apportée (par exemple : accompagnement dans les déplacements à l'extérieur de votre domicile, courses).....

.....

.....

.....

.....

.....

MENTIONS d'INFORMATION

Allocation personnalisée d'autonomie à domicile Évaluation à domicile et proposition de plan d'aide et/ou compte rendu de visite, Attribution, la gestion et le contrôle d'effectivité de l'allocation personnalisée d'autonomie mentionnée à l'article L. 232-1 du Code de l'action sociale et des familles

(Décret n° 2017-880 du 9 mai 2017 autorisant les traitements de données à caractère personnel destinés à la mise en œuvre de l'allocation personnalisée d'autonomie et de l'aide sociale à l'hébergement)

Les informations recueillies vous concernant font l'objet d'un traitement informatique par le Département de la Haute-Vienne, auquel vous consentez, destiné à instruire votre demande d'allocation personnalisée d'autonomie à domicile et de contrôle le droit. Cette aide s'inscrit dans le cadre réglementaire suivant :

- Code de l'action sociale et des familles,
- Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement
- Règlement départemental d'aide et d'actions sociales
- Décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel
- Décret no 2017-880 du 9 mai 2017 autorisant les traitements de données à caractère personnel destinés à la mise en œuvre de l'allocation personnalisée d'autonomie et de l'aide sociale à l'hébergement.

Les données enregistrées sont celles des formulaires liées à la demande d'APA, ainsi que les informations librement fournies par l'utilisateur lors de l'évaluation à domicile par le professionnel de santé. Les données n'ont pas pour finalité une prise de décision automatisée.

Les données et catégories de données sont celles énumérées à l'article Art. R. 232-41 du Code de l'Action sociale et des familles et son annexe 2-3 et sont indispensables à l'instruction de votre dossier. Le défaut de réponse entrainera une impossibilité de traiter votre demande

L'article R. 232-44 du CASF liste les catégories de personnes pouvant accéder aux données pour la gestion des aides. Les informations enregistrées sont destinées aux services instructeurs du Département et ne peuvent être communiquées, en cas de besoin nécessaire à l'instruction de votre situation, qu'aux destinataires dûment habilités et intervenant strictement dans le cadre de votre dossier, à savoir, en fonction de leurs missions :

- Les organismes de retraite
- Les MAIA
- Les maisons du département Services sociaux (MDD)
- Le cas échéant, le médecin traitant, sous réserve du consentement de la personne
- L'ensemble des destinataires prévus à l'article R 232-45 du code de l'action sociale et des familles

Les décisions sont notifiées à la personne ayant formulé la demande d'aide.

Les données enregistrées sont conservées conformément aux prescriptions des archives départementales et à l'article Art. R. 232-46 du Code de l'Action sociale et des familles.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 06 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification aux informations qui vous concernent en vous adressant, par voie postale, au Délégué à la Protection des Données – Hôtel de Département de la Haute-Vienne, 11 rue François Chénieux – CS 83112 87031 Limoges cedex 1. Adresse mail : donneespersonnelles@haute-vienne.fr

Le Règlement Européen sur la Protection des Données (RGPD 2016/679) prévoit que tout usager peut demander la limitation du traitement et introduire une réclamation auprès de la CNIL (3, place Fontenoy – TSA 80715 – 75334 Paris cedex www.cnil.fr)

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e), M. / Mme agissant en mon nom propre,
ou M. /Mme agissant en ma qualité de représentant légal
de M. / Mme

- certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant dans le présent dossier, qui sont fournis dans le cadre de cette demande d'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) et le cas échéant de Carte mobilité inclusion (CMI) ;
- reconnaît avoir été informé(e) du fait que toute fausse déclaration ou falsification de document, toute obtention usurpée d'un droit, m'expose à des sanctions pénales et financières prévues par le Code de l'action sociale et des familles (CASF), le Code de la sécurité sociale et le Code pénal ;
- reconnaît avoir été informé(e) que j'ai un droit d'accès et de rectification aux données me concernant, ou concernant M. / Mme, conformément à la Loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 ;
- autorise, en application des articles L.113-2-1 et R.232-7 du CASF, la transmission des éléments administratifs nécessaires, ainsi que de ceux relatifs à l'évaluation de la situation (appréciation du degré de dépendance, environnement ...) et des besoins, à ma caisse de retraite, ou à celle de M./Mme, dans le cas où la demande d'APA serait rejetée et qu'une « demande d'aide pour Bien vieillir chez soi » auprès de cette caisse de retraite s'avérerait nécessaire, afin de simplifier la démarche et d'éviter la réalisation d'une nouvelle évaluation ;
- autorise, en application de l'article R.232-7 du CASF, la transmission des éléments administratifs nécessaires, ainsi que de ceux relatifs à l'évaluation des besoins et aux aides utiles au soutien à domicile, me concernant, ou concernant M. / Mme, aux organismes compétents pour attribuer des financements lorsque l'APA ne peut pas couvrir ces besoins ;
- autorise, en application de l'article L.241-3 du CASF, la transmission des éléments administratifs nécessaires, ainsi que de ceux relatifs à l'évaluation de ma situation et de mes besoins, ou de la situation et des besoins de M. / Mme, à la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) en cas de demande de CMI pour l'instruction des mentions invalidité de cette carte ;
- reconnaît avoir été informé(e) que l'échange et le partage d'informations avec les partenaires du Conseil départemental sont encadrés par la réglementation, qu'ils sont limités aux informations strictement nécessaires et que je pouvais m'opposer à cette transmission de données.

Fait à, le/..... /.....

Signature du demandeur

Signature du représentant légal

Signature du représentant (en cas d'impossibilité de signer du demandeur)

Préciser l'identité : M. / Mme