



**PUY-DE-DÔME**  
LE DÉPARTEMENT

Direction Générale  
de la Solidarité et de l'Action Sociale

Direction de la Solidarité

# APA A DOMICILE

## Révision

1. Le dossier doit impérativement être rempli dans son intégralité et accompagné des pièces justificatives figurant en page 4.

2. En cas de dossier non rempli ou d'absence de pièces justificatives, le dossier d'Allocation Personnalisée d'Autonomie sera déclaré incomplet.

### LE DEMANDEUR

NOM : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse du domicile : .....

.....

N° téléphone : .....

Mail : .....

### PERSONNE A CONTACTER (autre que le demandeur)

NOM : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

N° téléphone : .....

Mail : .....

Lien de parenté : .....

**Dossier à retourner daté et signé au :**  
Conseil Départemental du Puy-de-Dôme  
Direction de la Solidarité - Service Aide Sociale Prestations  
24 rue Saint-Esprit  
63033 CLERMONT-FERRAND cedex 1

ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE



## LES REVENUS ET LE PATRIMOINE DU FOYER: A remplir impérativement

### ► BIENS IMMOBILIERS (immeubles, terrains,...)

Nature	Adresse

En ce qui concerne votre logement, êtes-vous :

Propriétaire       Ususfruitier       Locataire       Occupant à titre gratuit

Joindre copie de(s) taxe(s) foncière(s)

### ► COMPTE(S) COURANT(S), CAPITAUX MOBILIERS, EPARGNE, ASSURANCE(S) VIE

Nature	Demandeur		Conjoint(e), Concubin(e), Pacsé(e)	
	Montant	Nom de la/les banque(s)	Montant	Nom de la/les banque(s)
Compte courant				
Livret(s) épargne				
Assurance(s) vie(s)				
Autres				

Si vous ne disposez d'aucun placement, cochez la case ci-contre

**Dans tous les cas, joindre la/les attestation(s) de votre situation financière établie(s) par votre/vos établissement(s) bancaire(s) et/ou compagnie(s) d'assurance**

## DEMANDE DE CARTE MOBILITE INCLUSION (CMI)



**Ne pas demander la/les CMI si vous êtes déjà titulaire d'une/des carte(s) équivalente(s) (carte invalidité, carte stationnement, carte priorité) accordée(s) à titre définitif ou arrivant à échéance au-delà de 6 mois.**

*Les conditions d'attribution de la CMI seront examinées par l'équipe médico-sociale lors de l'évaluation de votre degré de perte d'autonomie (GIR).*

Souhaitez-vous bénéficier de la CMI-Priorité ?

Oui

Non

Souhaitez-vous bénéficier de la CMI-Stationnement ?

Oui

Non

*Si l'APA vous est octroyé au titre du GIR 1 ou 2 (perte d'autonomie importante), vous pourrez bénéficier sans autre condition et à titre définitif de la CMI-Invalidité et CMI-Stationnement.*

Souhaitez-vous bénéficier de cette disposition pour la carte CMI Invalidité?

Souhaitez-vous bénéficier de cette disposition pour la carte CMI Stationnement ?

**Je m'engage à signaler toute modification concernant ma situation et celle de mon conjoint, ou concubin, ou pacsé.**

Je soussigné(e), .....agissant en mon nom propre/en ma qualité de représentant (1) de..... certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus qui sont fournis dans le cadre d'une demande d'allocation personnalisée d'autonomie et autorise les services du Conseil départemental à transmettre ce dossier à ma caisse de retraite dans l'hypothèse où ma demande d'allocation personnalisée d'autonomie serait rejetée.

Je suis informé(e) que ma situation pourra éventuellement faire l'objet d'un examen en équipe pluridisciplinaire.

Date : ...../...../.....

**Signature**

## **LISTE DES PIECES JUSTIFICATIVES A JOINDRE AU DOSSIER DE DEMANDE**

- \* Certificat médical "APA" sous pli confidentiel.
- \* Courrier détaillé justifiant la demande de révision.
- \* Copie intégrale du dernier avis d'imposition ou de non-imposition à l'impôt sur le revenu du demandeur et du(de la)concubin(e) ou partenaire d'un pacs.
- \* Copie recto-verso du dernier relevé de la taxe foncière sur les propriétés bâties et non bâties. A défaut, joindre un relevé de propriété.
- \* Relevé détaillé de la situation financière du demandeur, de son conjoint(e), concubin(e) ou partenaire d'un pacs établi par son/ses établissements bancaires et/ou compagnie(s) d'assurance.

### **Article L 232.16 du Code de l'Action Sociale et des Familles**

"Pour vérifier les déclarations des intéressés, les services de l'évaluation des droits à l'allocation personnalisée d'autonomie peuvent demander toutes les informations nécessaires 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 1 135-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles**

**"Le fait de percevoir frauduleusement ou de tenter de percevoir frauduleusement des prestations au titre de l'aide sociale est puni des peines prévues par les articles 313-1, 313-7 et 313-8 du Code pénal" (notamment 5 ans d'emprisonnement et 375 000 € d'amende)**

**Selon la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001, le décret n° 2001-1085 du 20 novembre 2001, la loi n° 2003-289 du 31 mars 2003 et le Règlement départemental d'aide sociale, le Conseil général a la possibilité d'effectuer un contrôle de l'effectivité de la dépense de l'aide accordée.**

### **Selon la loi du 06/01/1978**

Les traitements relatifs à cette demande sont informatisés. Ils sont donc soumis aux dispositions de la loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978 qui protège les droits et libertés individuels.

Conformément à l'article 27 de cette loi, les personnes auprès desquelles sont recueillies des informations nominatives, sont informées que :

- 1 – Toutes les réponses aux différents questionnaires sont obligatoires. Un défaut de réponse entraînera des retards ou une impossibilité dans l'instruction du dossier.
- 2 – Les destinataires des informations collectées sont exclusivement les administrations et organismes habilités à connaître des dossiers d'aide à domicile ou en établissement.
- 3 – En tout état de cause, les personnes concernées ont un droit d'accès et de rectification des informations nominatives stockées ou traitées informatiquement.

Pour l'exercice de ce droit, il convient de vous adresser selon la prestation dont vous bénéficiez, en justifiant de votre identité, à : Monsieur le Président du Conseil Départemental du Puy-de-Dôme – 24 Rue Saint-Esprit – 63033 CLERMONT-FERRAND Cedex 1

(1) Rayer la mention inutile