

PIECES A JOINDRE IMPERATIVEMENT AU DOSSIER DUMENT COMPLETE

POUR L'ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE

- Le numéro de Sécurité Sociale du demandeur ;
- La 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 ;

ou, s'il s'agit d'un demandeur de nationalité étrangère, la photocopie recto-verso de la carte de résidence ou du titre de séjour ;
- La photocopie du dernier avis d'imposition ou de non imposition sur le revenu ;
- La photocopie du dernier relevé de la taxe foncière sur les propriétés bâties et/ou sur les propriétés non bâties ;
- Un relevé d'identité bancaire ou postal, au nom du bénéficiaire.

A JOINDRE EN COMPLEMENT DU DOSSIER

- Si vous faites l'objet d'une mesure : le jugement de tutelle.
- Le certificat médical rempli par le médecin traitant dans l'enveloppe confidentielle ci-jointe.
- Si vous êtes hébergé(e) dans un établissement :
 - copie de la grille AGGIR remplie par le médecin coordonnateur de l'établissement dans l'enveloppe confidentielle ci-jointe.
 - dans le cas d'un établissement hors Haute-Garonne, joindre le dernier arrêté départemental de tarification, à solliciter auprès de la direction de l'établissement.

A adresser à

**Monsieur le Président du Conseil Général
de la Haute-Garonne
Direction Personnes Âgées - Personnes Handicapées
Service Personnes Âgées
1, boulevard de la Marquette
31090 TOULOUSE Cedex 9**

DISPOSITIONS RELATIVES A LA LOI DU 6 JANVIER 1978

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

Conformément à l'article 27 de cette loi, les personnes 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 ou de vérification des informations nominatives stockées ou traitées informatiquement.

Pour l'exercice de ce droit, il convient de vous adresser selon la prestation dont vous bénéficierez, en justifiant de votre identité, à Monsieur le Président du Conseil Général de la Haute-Garonne.

LA DECLARATION DOIT S'EFFECTUER EN EUROS	RESSOURCES DU FOYER			
	DEMANDEUR		CONJOINT/CONCUBIN PERSONNE CONTRAT PACS	
	NATURE	CAISSE OU ORGANISME	MONTANT ANNUEL	CAISSE OU ORGANISME
Retraites principales				
.....				
.....				
Retraite(s) complémentaire(s)				
.....				
.....				
.....				
.....				
.....				
Revenus des biens mobiliers Produits des contrats d'assurance-vie (exemples...) ⁽¹⁾				
.....				
.....				
.....				
Revenus des biens mobiliers soumis au prélèvement libératoire (art. 125 A Code Général des Impôts) Sur option (exemples...) ⁽¹⁾				
.....				
D'office (exemples...) ⁽¹⁾				
.....				

(1) Donner le montant des produits, gains ou plus-values brutes perçus au cours de l'année civile précédant la demande.

LA DECLARATION DOIT S'EFFECTUER EN EUROS	RESSOURCES DU FOYER			
	DEMANDEUR		CONJOINT/CONCUBIN PERSONNE CONTRAT PACS	
	NATURE	CAISSE OU ORGANISME	MONTANT ANNUEL	CAISSE OU ORGANISME
Biens non productifs de revenus				
.....				
Compte dépôt				
Assurance vie ⁽²⁾				
Actions – PEA ⁽²⁾				
Obligations ⁽²⁾				
SICAV ⁽²⁾				
Bons du Trésor ⁽²⁾				
Fonds communs ⁽²⁾				
Autres placements financiers ⁽²⁾				
		MONTANT ANNUEL		MONTANT ANNUEL
Revenus biens immobiliers				
Bâti non productifs ⁽³⁾				
Adresse				
Non bâti non productifs ⁽⁴⁾				
Adresse				
.....				

(2) Donner le montant du capital placé.

(3) Hors habitation principale – donner le montant « valeur locative » figurant sur taxe d'habitation et adresse du bien.

(4) Donner le montant « base » figurant sur taxe foncière et adresse du bien.

AIDES DONT VOUS BENEFICIEZ ACTUELLEMENT

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Aide ménagère au titre de : | <input type="checkbox"/> Allocation compensatrice tierce personne |
| <input type="checkbox"/> Aide Sociale | <input type="checkbox"/> date de première attribution |
| <input type="checkbox"/> Caisse de retraite. Si oui, laquelle | <input type="checkbox"/> par quel département |
| | <input type="checkbox"/> Allocation Personnalisée d'Autonomie |
| <input type="checkbox"/> Majoration pour tierce personne. Si oui, nom de la caisse | <input type="checkbox"/> par quel département |
| | <input type="checkbox"/> Prestation de compensation |
| | <input type="checkbox"/> date de première attribution |
| | <input type="checkbox"/> par quel département |

Attention : l'Allocation Personnalisée d'Autonomie n'est cumulable ;

- ni avec la Prestation de Compensation
- ni avec la majoration pour aide constante d'une tierce personne
- ni avec l'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne
- ni avec la prestation légale d'aide ménagère

FAITES-VOUS L'OBJET D'UNE MESURE (joindre copie du jugement)

- Sauvegarde de justice Curatelle Tutelle
- Nom et adresse du tuteur ou du service tutélaire
- Téléphone :

COORDONNEES DES PERSONNES RÉFÉRENTES

- Personnes référentes à contacter pour la visite à domicile ou en cas d'urgence :
- | | |
|-----------------|--------------------------------|
| Nom | Prénom |
| Adresse | |
| Téléphone | Lien de parenté éventuel |
| Nom | Prénom |
| Adresse | |
| Téléphone | Lien de parenté éventuel |

COORDONNEES DU MÉDECIN TRAITANT

- | | |
|-----------------|---------------|
| Nom | Prénom |
| Téléphone | Adresse |
| | |

Je soussigné(e) agissant en mon nom propre/ en ma qualité de représentant légal de

● certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus ;

● certifie avoir pris connaissance des conséquences de la demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie, décrites ci-après :

– pour vérifier les déclarations des intéressés, le Conseil Général chargé de l'évaluation des droits peut demander toutes pièces justificatives à l'intéressé(e), ainsi que 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 L 232-16 du code de l'action sociale et des familles) ;

– sans préjudice des actions en recouvrement des sommes indûment versées, le fait d'avoir frauduleusement perçu l'Allocation Personnalisée d'Autonomie est puni des peines prévues par les articles 313-1 à 313-3 du Code Pénal (article L 232-27 du code de l'action sociale et des familles) ;

– le bénéficiaire a l'obligation de participer au financement du plan d'aide à hauteur du montant figurant sur la décision d'admission à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie, sauf s'il a été exonéré. A défaut, le versement de l'allocation peut être suspendu (article L 232-7 du code de l'action sociale et des familles) ;

– dans le délai d'1 mois à compter de la notification de la décision d'attribution de la prestation, le bénéficiaire doit déclarer au Président du Conseil Général le ou les salariés, ou le service d'aide à domicile à la rémunération desquels est utilisée l'Allocation Personnalisée d'Autonomie. Tout changement ultérieur de salarié ou de service doit être déclaré dans les mêmes conditions. A défaut, le versement de l'allocation peut être suspendu (article L 232-7 du code de l'action sociale et des familles) ;

– le maire de la commune de résidence est informé du dépôt de la demande.

● en cas d'octroi de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie

– à domicile

j'autorise

je n'autorise pas

le Conseil Général à verser la partie de l'allocation affectée à la rémunération, directement au service prestataire d'aide à domicile.

– en établissement

j'autorise

je n'autorise pas

le Conseil Général à verser l'allocation directement à l'établissement d'hébergement.

Fait à le Signature du demandeur
ou du représentant légal