

Le demandeur soussigné ou son représentant légal autorise la Maison départementale de l'Autonomie à transmettre son dossier à sa caisse de retraite principale au cas où il ne remplirait pas les conditions pour l'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie :

- oui  
 non

Le demandeur soussigné ou son représentant légal autorise la Maison départementale de l'autonomie à transmettre des informations sur son dossier en instance de coordination.

- oui  
 non

#### LISTE DES DOCUMENTS A FOURNIR OBLIGATOIREMENT

- copie du livret de famille ou carte nationale d'identité ou un extrait d'acte de naissance
- si vous êtes étranger, la photocopie de la carte de résidence ou titre de séjour (récépissé en cours de validité recevable)
- photocopie intégrale du dernier avis d'imposition ou de non imposition sur le revenu (le cas échéant celui du concubin ou de la personne ayant signé le pacte civil de solidarité);
- photocopie le cas échéant du dernier avis d'imposition relatif à la taxe sur les propriétés bâties et non bâties, à défaut, un relevé cadastral avec mention de la valeur locative (à demander en mairie), et/ou taxe d'habitation;
- si vous êtes locataire, copie des trois dernières quittances de loyer
- relevé annuel d'assurances vie ou une attestation sur l'honneur précisant l'absence d'assurance vie ;
- relevé d'identité bancaire du demandeur de la prestation;
- pour les personnes vivant à domicile, en logement foyer, en famille d'accueil, le questionnaire médical rempli par votre médecin traitant, sous enveloppe cachetée ;
- en cas d'existence d'une mesure de protection juridique (tutelle, curatelle, sauvegarde de justice, mandat de protection future), photocopie du jugement correspondant ;
- dans le cas d'un placement chez un tiers (enfants ou autres), fournir une attestation d'hébergement indiquant la date du placement ;
- en cas de placement dans un autre département, joindre la copie de l'arrêté de prix de journée ;
- en cas d'hébergement en famille d'accueil, fournir le contrat d'accueil.
- dans le cas d'une demande d'aide en établissement, la grille AGGIR à faire compléter par le médecin coordonnateur de l'établissement et un bulletin de situation précisant la date d'entrée en établissement.

Je soussigné (e) agissant

en mon nom propre\*

en ma qualité de représentant légal de\* .....

après avoir joint les pièces précisées ci-dessus, certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurants dans ce document qui sont fournis dans le cadre d'une demande d'allocation personnalisée d'autonomie.

\*rayer la mention inutile.

Fait à: ..... le .....

(Signature)

Document à retourner à:

**Maison départementale de l'autonomie  
d'Eure-et-Loir**

57 Bis rue du docteur Maunoury

CS 41102 - 28008 CHARTRES

Tél: 02.37.33.46.46

#### DISPOSITIONS RELATIVES A LA LOI DU 6 JANVIER 1978 MODIFIEE EN 2004

Conformément à la loi n°78-17 du 6/01/1978 modifiée, vous pouvez obtenir communication, rectification ou le cas échéant suppression des informations vous concernant en vous adressant par courrier à  
**la MDA d'Eure-et-Loir.**



N° DOSSIER

#### DEMANDEUR

Nom Marital: .....

Prénom: .....

Nom de jeune fille: .....

Adresse de résidence: .....

CP: ..... Ville: .....

N° Téléphone: .....

## Dossier D'ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE

- A DOMICILE  
 EN ETABLISSEMENT

(ne cocher qu'une seule case)

DOSSIER ARRIVE LE:

DOSSIER COMPLET LE:

#### DISPOSITIONS LEGISLATIVES

Sans préjudice des paiements en restitution, quiconque aura frauduleusement bénéficié ou tenté de bénéficier de l'aide sociale, sera puni des peines prévues aux articles 313-1, 313-7 et 313-8 du code pénal (article L 133-6 du Code de l'Action sociale et des Familles).

L'attribution de cette allocation ne met pas en jeu l'obligation alimentaire des ascendants et descendants du Code de l'Action Sociale et des Familles définie par les articles 205 et 211 du code civil.

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DEMANDEUR

	LE DEMANDEUR	LE CONJOINT
NOM MARITAL		
NOM de naissance		
PRENOM		
DATE DE NAISSANCE		
LIEU DE NAISSANCE		
N°de SECURITE SOCIALE		
NATIONALITE		
SITUATION FAMILIALE ( marié, divorcé, veuf, concubin, pacsé)		
REGIME DE RETRAITE PRINCIPAL (indiquer s'il s'agit de la Carsat, MSA, RSI,...)		
AUTRES CAISSES COMPLEMENTAIRES		

Le/La conjoint(e), concubin(e), personne ayant conclu un pacs, est-il/elle:

- retraité  en activité

Vit-il (elle) en établissement?

- oui  non

**LIEU DE RESIDENCE ACTUELLE DU DEMANDEUR**

S'agit-il:

- du domicile personnel  
 d'un logement foyer  
 d'une maison de retraite ou unité de soins de longue durée  
 d'un accueil par un particulier à domicile et à titre onéreux  
 Si oui, date du début d'accueil: .....  
 d'un accueil à titre gratuit chez un parent ou ami.

Le demandeur est-il: locataire\* propriétaire\* usufruitier\* logé à titre gratuit\*

\* rayer la mention inutile

**ADRESSE PRECEDENTE DU DEMANDEUR**

Adresse:
Ville et CP :
Date d'arrivée:
Date de départ:

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Si le demandeur fait l'objet d'une mesure de:

sauvegarde de justice\* tutelle\* curatelle\* mandat de protection future \*

Préciser le nom et l'adresse de la personne ou association chargée de la mesure

et joindre une copie du jugement de protection: .....

\* rayer la mention inutile

Nom et adresse du médecin traitant: .....

**PERSONNE A CONTACTER**

Nom ..... Prénom .....

Lien de parenté .....

Adresse ..... CP .....

Ville .....

N° de téléphone ..... Courriel .....

Cette personne est-elle votre aidant?  oui  non

**VOTRE AIDANT PRINCIPAL:**

Nom: ..... Prénom: .....

Date de naissance: ..... Nature de votre lien: .....

Adresse: .....

Nature de l'aide apportée: .....

Durée et périodicité de cette aide: .....

RESSOURCES ANNUELLES DU FOYER

Attention: l'APA n'est pas cumulable avec ces allocations

Percevez-vous ou votre conjoint:

la Prestation de Compensation du handicap (PCH)  oui  non

l'Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP):  oui  non

l'aide sociale à domicile:  oui  non

l'aide ménagère versée par les caisses de retraite:  oui  non

la majoration pour tierce personne (MTP):  oui  non

PATRIMOINE DU FOYER

BIENS IMMOBILIERS  oui  non

(joindre le ou les avis des taxes foncières)

ASSURANCES VIE

Nom du Produit	Capital