

**DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE  
(APA) À DOMICILE POUR LES PERSONNES DE 60 ANS ET PLUS**

**IMPORTANT** pour que votre dossier soit traité :

- Répondez à toutes les questions et signez en dernière page du document
- Joignez tous les documents demandés (Liste ci-dessous)
- L'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) **n'est pas cumulable** avec les prestations suivantes : la Majoration Tierce Personne (**MTP**), l'Allocation Compensation du Handicap (**PCH**), L'allocation compensatrice pour tierce personne (**ACTP**) et l'aide ménagère à domicile. **Vérifiez** si vous les percevez.

**Demandeur**

NOM : ..... PRENOM : .....  
DATE DE NAISSANCE : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ COMMUNE : .....

**Liste des pièces indispensables :**

- Photocopie du **livret de famille** ou de la **carte nationale d'identité** ou d'un **passport** de la Communauté Européenne (ou d'un extrait de naissance); ou de la **carte de résidence** ou du **titre de séjour** en cours de validité pour les demandeurs de nationalité étrangère
- Photocopie recto verso de votre **dernier avis d'imposition ou de non-imposition à l'impôt sur le revenu** et, le cas échéant, celui de votre conjoint, concubin ou partenaire d'un PACS
- Si vous, votre conjoint, concubin ou partenaire d'un PACS êtes propriétaire de biens : photocopie recto verso des **derniers avis d'imposition relatifs aux taxes foncières sur les propriétés bâties et/ou non bâties**
- Photocopie de votre **carte vitale**
- Relevé d'identité bancaire** ou postal au nom du demandeur
- Questionnaire médical
- Annexe tableau relevé des capitaux mobiliers

**Dossier à adresser à :**

**Monsieur le Président du Conseil départemental du Haut-Rhin**  
*Direction de l'Autonomie – Service des Prestations d'Aides Sociales*  
**Hôtel du Département**  
**100 avenue d'Alsace - BP 20351**  
**68006 COLMAR CEDEX**



## B – RESSOURCES / PATRIMOINE

	Demandeur	Conjoint, concubin ou partenaire d'un PACS
Montant annuel des salaires, pensions et retraites de toutes natures y compris étrangères		
Possédez-vous des biens immobiliers ?  Si oui,	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non De quelle nature : 1)..... 2)..... Adresse(s) du (des) bien(s) : 1)..... ..... 2)..... .....	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non De quelle nature : 1)..... 2)..... Adresse(s) du (des) bien(s) : 1)..... ..... 2)..... .....
Valeurs mobilières et épargne (y compris assurance vie)	<b>Complétez et signez le tableau des capitaux mobiliers joint en annexe</b>	

## C - AUTRES RENSEIGNEMENTS

Etes-vous bénéficiaire de :	Demandeur
L'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP)	<input type="checkbox"/> oui depuis le..... <input type="checkbox"/> non
La Majoration Tierce Personne (MTP) versée par votre caisse de retraite	<input type="checkbox"/> oui depuis le..... <input type="checkbox"/> non <u>Avez-vous une demande en cours ?</u> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non depuis le.....
La Prestation Compensation du Handicap (PCH)	<input type="checkbox"/> oui depuis le..... <input type="checkbox"/> non
L'aide ménagère au titre de l'aide sociale du Conseil départemental	<input type="checkbox"/> oui depuis le..... <input type="checkbox"/> non
L'aide ménagère au titre d'une caisse de retraite	<input type="checkbox"/> oui depuis le..... <input type="checkbox"/> non

Faites-vous l'objet d'une mesure de protection juridique :	Demandeur	
Tutelle	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Si oui précisez nom et adresse du tuteur ou de l'association : ..... ..... ..... ➤ <b>Joindre un document justificatif</b>
Curatelle	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Sauvegarde de justice	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

### Coordonnées d'une personne référente

Personne qui s'engage à soutenir le demandeur dans ses démarches administratives en lien avec l'APA à domicile. Elle servira de lien, si besoin est, d'intermédiaire entre le demandeur et les services du Conseil départemental.

<b>Nom et prénom :</b>	
<b>Adresse :</b>	N° et voie : ..... ..... CP :  _ _ _ _ _  Ville : ..... Mail : .....
<b>N° de Téléphone</b>	Fixe : ..... Mobile : ..... Professionnel:.....
<b>Lien de parenté avec le demandeur</b>	<input type="checkbox"/> oui lequel : ..... <input type="checkbox"/> non lequel : .....

Je soussigné(e), agissant en mon nom propre / en ma qualité de représentant légal de M / Mme (\*)  
.....  
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 (A.P.A) à domicile.

J'ai **pris connaissance du livret d'information** et **m'engage à signaler toute modification** qui interviendrait ultérieurement dans ma / sa situation : hospitalisation, entrée en établissement, décès, congés du salarié ou mandataire, arrêt du contrat salariat, absence prolongée du domicile. Je suis informé(e) que toute fausse déclaration m'expose aux sanctions pénales et financières prévues par la loi.

J'autorise le Conseil départemental à communiquer, si nécessaire, les informations contenues dans ce dossier, pour l'examen des droits à l'aide ménagère auprès de la caisse de retraite :

oui  non

Fait à ..... Le |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|\_|\_|

**Signature :** (obligatoire de la main du bénéficiaire ou de son représentant légal) :

\* rayer la mention inutile

#### 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 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 :

- o Toutes les réponses aux différents questionnaires sont obligatoires. Un défaut de réponse entraînera des retards ou une impossibilité dans l'instruction du dossier.
- o Les destinataires des informations collectées sont exclusivement les administrations et organismes habilités à connaître des dossiers d'aide à domicile ou en établissement.
- o 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 bénéficierez, en justifiant de votre identité, à :

Monsieur le Président du Conseil départemental ou Monsieur le Président de l'organisme (celui qui vous sert l'avantage de retraite principal ou la pension si vous en êtes titulaire) à l'adresse ci-dessous :

**Conseil départemental du HAUT-RHIN – DIRECTION DE L'AUTONOMIE**  
**Service des Prestations d'Aides Sociales – 100 avenue d'Alsace - BP 20351 - 68006 COLMAR CEDEX**  
**tél : 03.89.30.68.12 / mail : prestations.aidessociales@haut-rhin.fr**