



N° DOSSIER
(à remplir par l'administration)

Pôle Aide à la Personne
Direction de l'Autonomie
Service de l'Autonomie des Personnes
Agées et des Personnes Handicapées

DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE
EN ÉTABLISSEMENT (1)
A DOMICILE (1)

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE : |_|_|_|/|_|_|_|/|_|_|_|_|_|

ADRESSE ACTUELLE DU DEMANDEUR :

N° et voie :

Commune :Code Postal :Tél :

Précisez s'il s'agit:

(1) du domicile du demandeur

(1) de l'accueil par un particulier agréé au titre de la loi du 10 juillet 1989 relative à l'accueil à domicile à titre onéreux

Nom de la famille d'accueil agréée :

Date d'accueil : |_|_|_|/|_|_|_|/|_|_|_|_|_|

(1) d'un établissement (2)

Nom de l'établissement :

Adresse :

Date d'entrée : |_|_|_|/|_|_|_|/|_|_|_|_|_|

S'agit-il d'une admission : en maison de retraite : oui - - non

en unité de soins de longue durée : oui - - non

(1) autres (3)

ADRESSE PRECEDENTE (4) :

N° et voie :

Commune :Code Postal :

ALLOCATIONS ET PENSIONS PERCUES (montants mensuels) (1)	DEMANDEUR
✓ une allocation compensatrice pour tierce personne	<input type="checkbox"/> Montant :€
✓ une aide-ménagère au titre de l'aide sociale départementale	<input type="checkbox"/>
✓ une aide-ménagère versée par les caisses de retraite (CARSAT, MSA, autre ...)	<input type="checkbox"/>
Si oui, précisez le nombre d'heures ainsi que l'organisme payeur
✓ une majoration pour aide constante d'une tierce personne ou une prestation complémentaire pour recours à tierce personne, versées par un organisme de sécurité sociale	<input type="checkbox"/>

Attention : L'allocation personnalisée d'autonomie n'est cumulable ni avec l'allocation compensatrice pour tierce personne, ni avec la majoration pour aide constante d'une tierce personne, ni avec la prestation complémentaire pour recours à tierce personne, ni avec la prestation de compensation du handicap, ni avec la prestation légale d'aide-ménagère.

RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX REVENUS ET AU PATRIMOINE DU DEMANDEUR (11)

- ◆ Les revenus déclarés figurant sur le dernier avis d'imposition :

Demandeur :€ Conjoint (5) :€

- ◆ Montants de l'Épargne et des Biens mobiliers :

Demandeur :€ Conjoint (5) :€

- ◆ Ressources ne figurant pas dans l'avis d'imposition ou de non-imposition à l'impôt sur le revenu : revenus soumis au prélèvement libératoire sur les produits de placement à revenu fixe en application de l'article 125 A du code général des impôts. (12)

Demandeur :€ Conjoint (5) :€

- ◆ Patrimoine **non exploité** (13) :

PROPRIÉTÉS BATIES		
NATURE (14)	ADRESSE	VALEUR LOCATIVE (15)
.....€
.....€
.....€

PROPRIÉTÉS NON BATIES		
NATURE (16)	ADRESSE	VALEUR LOCATIVE (15)
..... €
..... €
..... €

*

* *

Je soussigné(e), agissant en mon nom propre ou en ma qualité de représentant de (17), certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus.

J'autorise la transmission de mon dossier aux caisses de retraite si nécessaire.

Fait àle Signature :

DEMANDE A RETOURNER, DÛMENT COMPLÉTÉE ET SIGNÉE, A :

Monsieur le Président du Conseil Général - Hôtel du Département
Service de l'Autonomie des Personnes Agées et des Personnes Handicapées
Place du Quartier Blanc - 67964 STRASBOURG CEDEX 9