

**DIRECTION GENERALE ADJOINTE**
**SOLIDARITES HUMAINES**

Direction de l'Autonomie  
 Service aide sociale générale  
 Allée Raymond Courrière  
 11855 CARCASSONNE Cedex 9

## ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE

**Demande d'aide pour une personne âgée de 60 ans et plus**

- à domicile     
  en établissement     
  accueil chez un particulier agréé

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA PERSONNE ÂGÉE**

Locataire     
  Propriétaire     
  Usufruitier

NOM : ..... Prénom.s : .....

Adresse : .....

Commune : ..... Code postal : .....

Coordonnées de la personne à contacter pour la visite du référent APA à domicile ou en cas d'urgence : .....

Lien avec le demandeur : .....

N° de téléphone : ..... 

Mentionner le cas échéant l'existence d'une mesure de protection juridique :

- Tutelle     
  Curatelle     
  Sauvegarde de justice

Nom et adresse du tuteur ou de l'association chargé de la mesure : *(joindre le jugement de tutelle)*

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PROCHE AIDANT (facultatif)**

*Le proche aidant vient en aide à la personne âgée de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne.*

NOM - Prénom	
Date de naissance	
Lieu de résidence	
Nature du lien (parenté, voisinage...)	
Nature de l'aide apportée (ménage, courses,...)	
Durée, périodicité approximative	

### IMPORTANT

Ecriture lisible en noir. Ne pas agraffer, scotcher ou coller, documents en format A4 ou A3.

**NOM :**
**Prénom :**
**N° DOSSIER :**



## B / RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES REVENUS ET LE PATRIMOINE DE LA PERSONNE AGEE

### 1/ Allocations :

Percevez-vous :

- La majoration pour aide constante d'une tierce personne (MTP) .....  oui  non La prestation complémentaire pour recours à tierce personne (PCRTP) .....  oui  non L'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) .....  oui  non La prestation de compensation du handicap (PCH) .....  oui  non L'aide-ménagère versée par les caisses de retraite .....  oui  non L'aide-ménagère au titre de l'aide sociale départementale .....  oui  non

### 2/ Patrimoine dormant :

*à renseigner pour la personne âgée et, le cas échéant, son conjoint, son concubin ou la personne avec laquelle elle a conclu un pacte civil de solidarité :*

a/ Biens immobiliers (préciser la nature de ceux-ci et leur adresse) : .....

b/ Biens mobiliers et capitaux non placés (dont assurance-vie) : .....

## C / DEMANDE SIMPLIFIEE D'UNE CARTE MOBILITE INCLUSION

**Dans le département de l'Aude, la carte mobilité inclusion comportant les mentions "priorité " et "stationnement pour personnes handicapées " peut être délivrée sur appréciation de l'équipe médicosociale, en application du III de l'article L.241-3.**

Souhaitez-vous bénéficier de la carte mobilité inclusion comportant la mention " priorité " prévue à l'article L.241-3 :

**Oui**  **Non**

Souhaitez-vous bénéficier de la carte mobilité inclusion comportant la mention " stationnement pour personnes handicapées " prévue à l'article L.241-3 :

**Oui**  **Non**

**Si l'allocation personnalisée d'autonomie vous est accordée au titre du GIR 1 ou 2, vous pouvez bénéficier sans autre condition et à titre définitif de la carte mobilité inclusion (CMI) prévue à l'art.L.241-3 du code de l'action sociale et des familles comportant les mentions**

**"invalidité "et "stationnement" pour personnes handicapées. Vous devrez en faire la demande après réception de la notification sur le formulaire CMI sur droits ouverts disponible sur « aude.fr » ou auprès de votre mairie.**

**Toute autre demande de CMI mention Invalidité doit se formuler auprès de la Maison Départementale des Personnes Handicapées.**

**D / ENGAGEMENT SUR L'EXACTITUDE ET LA COMPLETITUDE DES DONNEES COMMUNIQUÉES ET  
CONSENTEMENT À UN TRAITEMENT DES DONNEES À CARACTERE PERSONNEL**

Je soussigné.e :

- la personne âgée (nom, prénom) .....
- le représentant (nom, prénom) .....  
agissant en qualité de .....

A) **DECLARE** avoir joint à cette demande les pièces ci-dessous :

- Pour une demande d'APA à domicile : le certificat médical circonstancié établi par le médecin traitant et placé sous pli cacheté mentionnant votre nom et votre adresse (imprimé ci-joint) ;
- Pour une demande d'APA en établissement : le bulletin d'entrée dans l'établissement, la grille AGGIR établie par l'établissement. Pour un établissement extérieur au département de l'Aude, en complément, une copie de l'arrêté fixant le prix de journée dépendance de l'établissement où réside le demandeur ;

et dans tous les cas :

- La photocopie d'un justificatif d'identité (livret de famille ou carte nationale d'identité) ou pour les ressortissants hors union européenne, de la carte de résidence ou du titre de séjour en cours de validité ;
- La photocopie de votre carte vitale ou attestation de droit
- La photocopie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition sur le revenu (recto et verso) et, le cas échéant, celui du conjoint, du concubin ou de la personne avec laquelle a été conclu un pacte civil de solidarité ;
- La photocopie de la dernière déclaration des revenus et, le cas échéant, celle du conjoint, du concubin ou de la personne avec laquelle a été conclu un pacte civil de solidarité ;
- Toute pièce justificative des biens ou capitaux relevant du patrimoine dormant :
  - photocopie du dernier relevé des taxes foncières sur les propriétés bâties et sur les propriétés non bâties (recto verso) et, le cas échéant, celui du conjoint, du concubin ou de la personne avec laquelle a été conclu un pacte civil de solidarité ;
  - dernier relevé de situation des contrats d'assurance-vie (celle du conjoint, du concubin ou de la personne avec laquelle a été conclu un pacte civil de solidarité) mentionnant, le cas échéant, le montant des intérêts produits ;
- La copie des relevés bancaires du compte courant des 3 derniers mois ;
- Le relevé de situation de tous les comptes bancaires ;
- Un relevé d'identité bancaire ou postal au nom du demandeur

B) **M'ENGAGE** à signaler toute modification dans ma situation ;

C) **AUTORISE** le Département de l'Aude à transmettre mon dossier à l'espace séniors de mon territoire en cas de rejet de ma demande d'allocation personnalisée d'autonomie

- oui     non

D) **CONSENS** au traitement de mes données transmises dans le cadre de ma demande d'APA par le Département pour l'attribution et la gestion de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie, et le cas échéant de la Carte Mobilité Inclusion ainsi que le contrôle de leur effectivité.

### **QUI RECUEILLE LES DONNEES ?**

L'étude de votre dossier nécessite la mise en œuvre par le Département d'un traitement de données à caractère personnel particulières nécessitant votre accord.

Les informations recueillies sont enregistrées et traitées par les services de la direction de l'autonomie du Département conformément aux articles R232-40 et suivants du code de l'action sociale et des familles.

### **COMBIEN DE TEMPS SONT-ELLES CONSERVEES ?**

Ces données seront conservées pendant 6 ans à compter de l'extinction de vos droits. Elles pourront être conservées pendant une durée plus longue afin de préserver les droits juridictionnels du Département.

### **QUI EN A CONNAISSANCE ?**

Elles sont destinées aux agents du Département devant intervenir dans le traitement de vos droits et le cas échéant à la Maison Départementale des Personnes Handicapées si des droits y sont ouverts, aux autorités administratives ou déléguées par elles à des fins statistiques conformément aux articles D232-38 et D232-39 du code de l'action sociale et des familles. Pour plus de détails, vous pouvez vous télécharger la fiche « traitement des données » sur le site «aude.fr ».

Les données communiquées ne seront pas utilisées à des fins de profilage mais peuvent permettre une décision automatisée afin d'accélérer le traitement de votre dossier.

Le classement en groupe iso-ressources (GIR) est déterminé de manière automatisée conformément à l'article R232-3 et ses annexes 2.1 et 2.2 du code de l'action sociale et des familles.

### **QUELS SONT VOS DROITS ?**

Vous bénéficiez des droits suivants sur vos données personnelles :

- Droit au retrait du consentement
- Droit d'accès : vous pouvez accéder à vos données
- Droit de rectification : vous pouvez les faire modifier si vous les constatez erronées
- Droit à l'effacement des données (sous certaines conditions)
- Droit de limitation (sous certaines conditions)
- Droit au réexamen de votre situation par une personne physique, obtenir des explications ou contester la décision
- Droit à la communication des règles définissant le classement en GIR et la mise en œuvre dans votre cas

### **COMMENT EXERCER VOS DROITS ?**

Vous pouvez exercer vos droits en adressant votre demande écrite accompagnée d'un justificatif d'identité, et, le cas échéant, des justificatifs du titre auquel vous exercez ces droits pour un tiers (autorité parentale, tutelle, mandat), plus un justificatif d'identité du tiers concerné, par courriel à [dpo@audefr](mailto:dpo@audefr) ou par courrier à

Monsieur le délégué à la protection des données  
Département de l'Aude  
Hôtel du Département  
Allée Raymond Courrière  
11855 CARCASSONNE Cedex 9

Le cas échéant vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission informatique et libertés :  
3 Place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07 – Tél : 01 53 73 22 22

Concernant l'information relative à la décision automatisée du GIR, en l'absence de réponse sous le délai d'un mois, vous pouvez saisir la Commission d'accès aux documents administratifs – TSA 50730 – 75334 PARIS CEDEX 07

**E) CERTIFIE sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant dans ce dossier de demande d'allocation personnalisée d'autonomie (Le fait de percevoir ou de tenter de percevoir frauduleusement des prestations au titre de l'aide sociale pourra être sanctionné sur la base des articles 313-1, 441-1, 441-6 et 441-7 du code pénal.)**

**J'ai bien compris mes droits et que les données recueillies sont strictement nécessaires à l'instruction de ma demande.**

**J'ai bien compris que l'exercice de certains de mes droits peut avoir pour effet d'empêcher l'instruction de mon dossier ou de faire cesser l'aide à laquelle je peux éventuellement prétendre.**

**J'autorise le Département de l'Aude à utiliser les données personnelles qui me seront demandées pour le traitement de mon dossier, et, si besoin, à communiquer ces données aux personnes désignées destinataires devant intervenir dans la mise en œuvre de mon dossier**

**Une copie de la présente notice m'a été transmise.**

Fait à .....

le .....

Signature