



A compléter par la DASES
Numéro de votre dossier :

DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE A DOMICILE

Votre nom de Naissance :

Votre prénom :

Votre nom marital (s'il y a lieu) :

Votre date de naissance : __ / __ / ____ (jour/mois/année)

Votre adresse actuelle : N° : Rue :
.....
Batiment : Etage : Porte :

Code postal : ____ Ville :

Date d'arrivée à cette adresse : __ / __ / ____ (jour/mois/année)

Votre numéro de téléphone : _____

VOUS ETES ?

célibataire veuf(ve) marié(e)
 en vie maritale
ou en concubinage PACSé(e) divorcé(e)
ou séparé(e)

Identité de votre conjoint(e),
concubin(e) ou PACSé(e)
éventuel(le)

Nom :

Prénom :

Date et de naissance : __ / __ / ____ (jour/mois/année)

Lieu de Naissance :

BENEFICIEZ-VOUS ?

- de la majoration pour tierce personne versée par la Sécurité Sociale ? Oui Non

- d'une mutuelle complémentaire ? Oui Non

- d'une aide ménagère prise en charge par votre caisse de retraite ? Oui Non

Dans ce dernier cas, quel est le nom de l'association intervenant à votre domicile ?

Si vous êtes actuellement
hébergé(e) en foyer-logement,
merci de préciser

- si vous l'êtes à titre payant
 au titre de l'aide sociale

- la date d'arrivée en foyer-logement : __ / __ / ____
(jour/mois/année)

INFORMATIONS NECESSAIRES A LA VISITE DE L'EQUIPE MEDICO-SOCIALE A VOTRE DOMICILE

Numéro de digicode (s'il y a lieu) :

Station de métro :

la plus proche de votre domicile

Votre caisse de retraite principale est celle pour laquelle vous avez cotisé le plus grand nombre de trimestres.

Afin de faciliter les échanges d'information entre elle et le Département de Paris, gestionnaire de l'allocation personnalisée d'autonomie, il est prévu qu'un double de la notification de décision relative à la demande d'APA soit adressé à votre caisse de retraite principale.

AUTORISATION DE TRANSMISSION DE LA NOTIFICATION DE DECISION A LA CAISSE DE RETRAITE PRINCIPALE DU DEMANDEUR

J'autorise le Département de Paris à transmettre les notifications de décisions relatives à ma demande d'APA à ma caisse de retraite principale, dont j'indique le nom ci-dessous.

Nom de votre caisse principale de retraite :

.....
.....

IDENTITÉ DE LA PERSONNE À CONTACTER EN CAS DE BESOIN

Cette personne sera contactée, le cas échéant, pour toute question administrative sur votre dossier et également pour être présente, si elle le souhaite, lors de la visite à votre domicile d'un membre de l'équipe médico-sociale.

Madame Monsieur

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code Postal : _ _ _ _ _ Ville :

Numéro de téléphone : Portable : _ _ _ _ _ Domicile : _ _ _ _ _

Professionnel : _ _ _ _ _

Lien avec le demandeur :

AVERTISSEMENT

Quiconque aura fourni sciemment des renseignements inexacts ou incomplets dans la déclaration exigée en vue d'obtenir de l'Etat ou des collectivités locales un avantage quelconque indû, sera puni d'un emprisonnement de quatre ans et d'une amende de 9 000 € ou de l'une de ces deux peines seulement

(article 22 de la Loi n° 68.690 du 31 Juillet 1968)

SIGNATURE de VOTRE DEMANDE et ENGAGEMENT

Je, soussigné(e),

.....

sollicite l'allocation personnalisée d'autonomie auprès des services du Département de Paris.

Je déclare sur l'honneur avoir fourni des renseignements exacts sur ma situation familiale ainsi que sur l'ensemble de mes revenus et de mon patrimoine (voir notice jointe).

Fait à Paris, le __ / __ / ____

Signature obligatoire du demandeur

ou de son représentant

légal. (en cas de tutelle ou curatelle, le tuteur ou curateur doit obligatoirement joindre le jugement du Juge des Tutelles par lequel la tutelle ou curatelle de l'intéressé lui a été confiée).