

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Bénéficiez-vous actuellement ?	Vous-même	Votre conjoint(e) ou concubin(e)
- de l'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- de l'Allocation Départementale Personnalisée d'Autonomie (ADPA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ou de la Prestation de Compensation Départementale du Handicap (PCDH)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- de la Prestation Complémentaire pour Recours à une Tierce Personne (PC RTP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- de la prise en charge d'heures d'aide-ménagère par : . votre caisse de retraite ou . l'aide sociale départementale ou . une caisse complémentaire ou . votre mutuelle Nom de l'organisme intervenant à domicile : _____ Tél. : _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
- de la majoration tierce personne (versée par la CPAM ou la MSA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- d'autres avantages analogues accordés dans le cadre du maintien à domicile (précisez alors la nature de l'aide et l'organisme de prise en charge)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ATTENTION

Pour une même personne : aucune de ces prestations n'est cumulable avec l'Allocation Départementale Personnalisée d'Autonomie (ADPA)

ENGAGEMENT DE LA DEMANDE

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des déclarations, m'engage à faciliter toute enquête pour les vérifier et à faire part de toute modification de ma situation et de celle de mon conjoint ou de la personne vivant maritalement avec moi.

Pour l'instruction de ma demande d'ADPA, j'accepte la visite à mon domicile, d'un membre de l'équipe médico-sociale du Département.

Pour l'instruction de ma demande de CMI, j'accepte que les données médicales soient transmises à la Maison Départementale des Personnes Âgées et des Personnes Handicapées en cas de besoin.

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement, quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations. Les sommes indûment perçues feront l'objet d'un remboursement (article L 232-27 du code de l'Action Sociale et des Familles – art. 313-1 à 313-3 du code pénal).

Je déclare avoir pris connaissance de l'intégralité des informations ci-dessus.

Fait à _____, le _____

Qualité du signataire
(identité et lien avec le demandeur)

Signature du demandeur
(ou tuteur légal)



VENDÉE
LE DÉPARTEMENT

Pôle Solidarités et Famille
Direction de l'Autonomie des Personnes Âgées et des Personnes Handicapées
Service Prestations et Animation Partenariale
40 rue du Maréchal Foch
85923 La Roche sur Yon cedex 9
Tél. 02 28 85 88 31 ou 02 28 85 88 32

DOSSIER DE DEMANDE ADPA

(Allocation Départementale Personnalisée d'Autonomie)

destiné aux personnes âgées de plus de 60 ans
présentant des difficultés pour réaliser les actes essentiels
de la vie quotidienne

Cette demande ne pourra être traitée que si le dossier est complet

ADPA à domicile
 en établissement
 (y compris résidence autonomie, logement foyer, Petite Unité de Vie)
 en Vendée
 hors Vendée

1^{re} demande Renouvellement

SITUATION DU DEMANDEUR

NOM usuel : _____ **Nom de naissance :** _____

Prénoms (soulignez le prénom usuel) : _____

Né(e) le : _____ **à** _____ **Nationalité :** _____

Situation de famille : marié(e) célibataire pascé(e) séparé(e)
 divorcé(e) veuf(ve) vie maritale

Sexe : masculin féminin

Nom de l'organisme d'affiliation à la sécurité sociale : _____

N° d'immatriculation à la Sécurité Sociale :

Nom de la caisse de retraite principale : _____

Numéro de retraite (si différent du n° de sécurité sociale) : _____

VOTRE ADRESSE ACTUELLE

Adresse : _____

Code postal : _____ **Commune :** _____ **Canton :** _____

Tél. : _____ **Portable :** _____ **Mél. :** _____

Précisez si vous résidez : à votre domicile chez un membre de votre famille
 en famille d'accueil en établissement

depuis le : _____

VOTRE RÉSIDENCE ANTÉRIEURE

Adresse : _____

Code postal : _____ **Commune :** _____ **Canton :** _____

Si vous étiez en EHPAD, précisez : en Vendée hors Vendée

du : _____ **au :** _____

DOSSIER N° :

SITUATION DE VOTRE CONJOINT(E), PACSÉ(E), CONCUBIN(E) OU COMPAGNON (COMPAGNE)

NOM usuel : Nom de naissance :

Prénoms (soulignez le prénom usuel) :

Né(e) le : à Nationalité :

Sexe : masculin féminin

Est-il (elle) en activité ? oui non

N° d'immatriculation à la Sécurité Sociale :

Domicile actuel de votre conjoint :

Vit-il (elle) en établissement pour personnes âgées ? oui non

Si oui, depuis le, dans quel établissement ?

MÉDECIN TRAITANT

NOM : Commune : Téléphone :

PERSONNE RÉFÉRENTE À CONTACTER - ADPA à domicile uniquement

Pour le suivi de votre dossier, souhaitez-vous qu'une personne référente :

- soit destinataire des courriers vous concernant oui non
- soit présente lors de la visite d'évaluation oui non

NOM d'usage (en majuscules) :

Prénoms (soulignez le prénom usuel) :

Adresse :

Code postal : Commune :

Tél. : Portable :

Mél. :

S'agit-il d'un membre de votre famille : oui non

si non, qualité de la personne :

Vous êtes sous tutelle ou curatelle ou sauvegarde de justice ? oui non

Nom et prénom du tuteur ou curateur ou nom de l'organisme de tutelle (précisez le nom du délégué) :

Adresse :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE(S) PROCHE(S) AIDANT(S) NON-PROFESSIONNEL(S) du demandeur

Ce volet vise à apporter des premières informations sur les personnes de votre famille ou de votre entourage amical ou de votre voisinage qui vous apportent une présence ou une aide quotidienne et indispensable à votre vie à domicile qu'on nommera « aidants ».

1 - Nom et prénom de votre aidant :

Âge de votre aidant :

Lieu de résidence de votre aidant :

Nature de votre lien avec votre aidant :

Nature de l'aide apportée (par exemple : accompagnement dans les déplacements à l'extérieur de votre domicile, courses...)

Durée approximative de cette aide (ex. : 1 h/jour ou 5 h/semaine ou 10 h/mois...) :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE(S) PROCHE(S) AIDANT(S) NON-PROFESSIONNEL(S) du demandeur

2 - Nom et prénom de votre aidant :

Âge de votre aidant :

Lieu de résidence de votre aidant :

Nature de votre lien avec votre aidant :

Nature de l'aide apportée (par exemple : accompagnement dans les déplacements à l'extérieur de votre domicile, courses...)

Durée approximative de cette aide (ex. : 1 h/jour ou 5 h/semaine ou 10 h/mois...) :

Si vous souhaitez ajouter l'identité d'un autre aidant, merci de renseigner les informations le concernant sur papier libre qui sera joint au présent dossier.

VOTRE PATRIMOINE (confère déclaration du patrimoine ci-jointe)

Disposez-vous (ou votre conjoint) de biens immobiliers ? oui non

Si oui, compléter la déclaration du patrimoine ci-jointe

DEMANDE SIMPLIFIÉE D'UNE CARTE D'INVALIDITÉ ET D'UNE CARTE DE STATIONNEMENT

- Si vous bénéficiez de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie au titre du GIR 1 ou GIR 2, vous pouvez bénéficier sans autre condition et à titre définitif, de la carte mobilité inclusion (CMI) prévue à l'article L. 241-3 du code de l'action sociale et des familles comportant les mentions « invalidité » et « stationnement pour personnes handicapées ».
- Si vous êtes évalué(e) en GIR 3 ou GIR 4, vous pouvez éventuellement prétendre à l'attribution de la CMI selon le résultat de l'évaluation médico-sociale.

Souhaitez-vous bénéficier de la Carte Mobilité Inclusion (CMI) prévue à l'article L. 241-3 du CASF portant la mention :

Invalidité	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	1 ^{re} demande	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
- S'agit-il d'une demande de renouvellement des droits (carte arrivant à expiration)			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
- S'agit-il d'une demande de remplacement d'une carte d'invalidité délivrée pour une durée définitive			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<i>si oui, vous conserverez votre carte et vos droits actuels qui sont valides jusqu'au 31/12/2026</i>			
Priorité	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	1 ^{re} demande	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
- S'agit-il d'une demande de renouvellement des droits (carte arrivant à expiration)			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
- S'agit-il d'une demande de remplacement d'une carte de priorité délivrée pour une durée définitive			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<i>si oui, vous conserverez votre carte et vos droits actuels qui sont valides jusqu'au 31/12/2026</i>			
Stationnement	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	1 ^{re} demande	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
- S'agit-il d'une demande de renouvellement des droits (carte arrivant à expiration)			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
- S'agit-il d'une demande de remplacement d'une carte européenne de stationnement délivrée pour une durée définitive			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<i>si oui, vous conserverez votre carte et vos droits actuels qui sont valides jusqu'au 31/12/2026</i>			

La mention « demande de stationnement » qui peut être délivrée sur l'appréciation de l'Équipe Médico-sociale est également accompagnée d'un questionnaire médical à compléter par votre médecin (cf. **questionnaire médical joint**).

Concernant le renouvellement des cartes précitées, merci de joindre une copie de la carte ou des cartes déjà attribuées.

VOS RESSOURCES (*)

Nature	Vous-même	Votre conjoint(e), pacsé(e), concubine ou compagnon
Pensions et retraites		
Salaires		
Fermages et locations		
Rentes viagères		
Revenus de l'épargne (soumis à prélèvement libératoire)		
Autres : ex. minimum vieillesse (joindre le justificatif)		
TOTAL		

(*) Ressources figurant sur votre dernier avis d'imposition sur le revenu ou ressources actuelles liées à un changement de situation intervenu depuis votre dernière déclaration d'Impôts sur le Revenu (veuvage, divorce...).