

## 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 de CMI, j'accepte que les données médicales soient transmises à la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) 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  
Maison Vendée Autonomie  
Service Instruction et Gestion des Droits  
40 rue du Maréchal Foch  
85923 La Roche sur Yon cedex 9  
Tél. 0 800 85 85 01

## 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 en établissement

en Vendée  hors Vendée

1<sup>re</sup> 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

Nom de l'établissement d'accueil : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_ Canton : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_ Mél. : \_\_\_\_\_

depuis le : \_\_\_\_\_

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

du : \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

## VOTRE RÉSIDENCE ANTÉRIEURE (domicile)

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_ Canton : \_\_\_\_\_

### Informatique et libertés :

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par le Département de la Vendée pour la gestion de l'allocation départementale personnalisée d'autonomie (ADPA) et la gestion de la carte mobilité inclusion notamment l'instruction de la demande, son suivi, le versement, la transmission de la décision, le contrôle d'effectivité ainsi que la réalisation de statistiques anonymes. Ce traitement s'inscrit dans le cadre d'une mission de service public. Lorsqu'il existe un recours administratif ou contentieux, les données peuvent être conservées jusqu'à l'intervention de la décision définitive. Les données collectées et traitées sont conservées en lien avec les dispositions législatives et réglementaires en vigueur ou à défaut conformément aux prescriptions des archives de France et/ou des archives départementales. Les données sont destinées aux agents habilités du Département de la Vendée. Les données strictement nécessaires sont transmises aux partenaires institutionnels participant aux finalités citées notamment les services d'aide à domicile, tuteurs, CCAS, établissements et services sociaux et médico-sociaux concernés ainsi que les caisses de retraite. Conformément à la loi « informatique et libertés » modifiée, vous pouvez définir le sort de vos données après votre décès et également exercer votre droit d'accès aux données, d'opposition, de suppression et de limitation aux données vous concernant et les faire rectifier en vous adressant par voie électronique à l'adresse [protection.donnees@vendee.fr](mailto:protection.donnees@vendee.fr) ou à défaut par voie postale : Département de la Vendée, Délégué à la protection des données, 40 rue du Maréchal Foch, 85923 LA ROCHE SUR YON CEDEX 9. Vous pouvez également introduire une réclamation auprès de la CNIL (3 place Fontenoy – TSA 80715 – 75334 Paris cedex – [www.cnil.fr](http://www.cnil.fr))

**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 (à renseigner obligatoirement)**

**NOM :** .....

Commune : ..... Téléphone : .....

**LES RESSOURCES ET LE PATRIMOINE DU DEMANDEUR**

En fonction de la situation du demandeur, une participation financière pourra être laissée à sa charge. Son montant sera fixé en prenant en compte les ressources du demandeur et celles de son conjoint (sur la base des revenus figurant sur le dernier avis d'imposition) et de certains éléments de patrimoine, à déclarer dans cette rubrique.

**L'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) n'est pas récupérable sur succession.**

Ces informations ne seront utilisées que par les départements.

Si le demandeur est propriétaire de biens immobiliers (maison, appartement, terrain) qui ne sont pas mis en location, joindre une photocopie du dernier avis de taxe foncière correspondant à chacun de ces biens.

Adresse de la résidence principale du demandeur : .....

**Statut :**  Occupée par le demandeur et/ou son conjoint(e), ses enfants ou petits-enfants  
 Louée

**Autres biens immobiliers**

ADRESSE	EN LOCATION
	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Si le demandeur et/ou son conjoint (mariage, PACS, concubinage) possède des biens mobiliers et des capitaux non placés de valeur, les déclarer dans le tableau suivant en précisant leur montant ou leur valeur estimée (exemples : œuvres d'art de collection, voitures de luxe...). Joindre si nécessaire une liste complémentaire sur papier libre.

NATURE	MONTANT/ VALEUR ESTIMÉE
	€
	€
	€

**INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES**

Bénéficiez-vous actuellement ?	Vous-même	Votre conjoint(e) ou concubin(e)
- de l'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP) - de l'Allocation Départementale Personnalisée d'Autonomie (ADPA)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
- ou de la Prestation de Compensation Départementale du Handicap (PCDH) - de la Prestation Complémentaire pour Recours à une Tierce Personne (PC RTP)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<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"/>

**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**  oui  non **1<sup>re</sup> demande**  oui  non

- S'agit-il d'une demande de renouvellement des droits (carte arrivant à expiration)  oui  non

- S'agit-il d'une demande de remplacement d'une carte d'invalidité délivrée pour une durée définitive si oui, vous conserverez votre carte et vos droits actuels qui sont valides jusqu'au 31/12/2026  oui  non

**Priorité**  oui  non **1<sup>re</sup> demande**  oui  non

- S'agit-il d'une demande de renouvellement des droits (carte arrivant à expiration)  oui  non

- S'agit-il d'une demande de remplacement d'une carte de priorité délivrée pour une durée définitive si oui, vous conserverez votre carte et vos droits actuels qui sont valides jusqu'au 31/12/2026  oui  non

**Stationnement**  oui  non **1<sup>re</sup> demande**  oui  non

- S'agit-il d'une demande de renouvellement des droits (carte arrivant à expiration)  oui  non

- S'agit-il d'une demande de remplacement d'une carte européenne de stationnement délivrée pour une durée définitive si oui, vous conserverez votre carte et vos droits actuels qui sont valides jusqu'au 31/12/2026  oui  non

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.

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