



## 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. **Seuls les demandeurs en Profil 2 doivent compléter cette partie.**

**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)	<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	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Nom de l'organisme intervenant à domicile : ..... Tél. : .....		
- 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)**