



VENDÉE
LE DÉPARTEMENT

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

DEMANDE D'ADPA EN ÉTABLISSEMENT

Allocation Départementale Personnalisée d'Autonomie
destinée aux personnes âgées de plus de 60 ans présentant des difficultés
pour réaliser les gestes essentiels de la vie quotidienne

FORMULAIRE SIMPLIFIÉ

Ce formulaire simplifié doit être utilisé uniquement en complément
d'une demande d'aide sociale à l'hébergement

1^{re} demande

Tout dossier incomplet ne sera pas traité

SITUATION DU DEMANDEUR

NOM usuel : **Nom de naissance :**
Prénoms :
Date de naissance : **à** **Nationalité :**
Nom de l'organisme d'affiliation à la Sécurité Sociale :
N° d'immatriculation à la Sécurité Sociale :
Bénéficiaire de l'aide sociale à l'hébergement : oui non
ou demande en cours oui non

ADRESSE DE L'ÉTABLISSEMENT ACTUEL (EHPAD, MARPA, Résidence Séniors...)

Nom de l'établissement :
Adresse :
Code postal : **Commune :** **Tél. :**
Date d'entrée dans l'établissement : **GIR :**
(joindre attestation de présence) *(joindre la grille)*

ADRESSE PRÉCÉDENTE (avant entrée en établissement - domicile de secours)

Adresse : en Vendée
Code postal : **Commune :** hors Vendée

SITUATION DU CONJOINT

NOM usuel : **Nom de naissance :**
Prénoms :
Date de naissance : **à** **Nationalité :**
Sexe : masculin féminin
Nom de l'organisme d'affiliation à la Sécurité Sociale :
N° d'immatriculation à la Sécurité Sociale :

PERSONNE RÉFÉRENTE À CONTACTER

NOM : **Prénom :**
Adresse :
Tél. : **Courriel :**
Lien de parenté avec le demandeur :
Vous êtes sous tutelle ou curatelle ou sauvegarde de justice : oui non
Si oui, nom et prénom du tuteur ou curateur ou nom de l'organisme de tutelle (précisez le nom du délégué) :
.....
Adresse :

VOS RESSOURCES

Veillez joindre votre dernier avis d'imposition en recto-verso.

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 si oui, vous conserverez votre carte et vos droits actuels qui sont valides jusqu'au 31/12/2026						<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
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 si oui, vous conserverez votre carte et vos droits actuels qui sont valides jusqu'au 31/12/2026						<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
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 si oui, vous conserverez votre carte et vos droits actuels qui sont valides jusqu'au 31/12/2026						<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> 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.

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 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)