

1ère demande

- La photocopie du livret de famille ou de la carte nationale d'identité ou d'un passeport de la Communauté européenne ou un extrait d'acte de naissance ou s'il s'agit d'un demandeur de nationalité étrangère, la photocopie de la carte de résidence ou du titre de séjour en cours de validité.
- La photocopie du dernier avis d'imposition ou de non imposition à l'impôt sur le revenu ([toutes les pages](#)).
- La photocopie de [toutes les pages](#) du dernier relevé de taxe foncière sur les propriétés bâties et sur les propriétés non bâties, à défaut copie du relevé cadastral des biens concernés (même en cas d'usufruit, ou d'indivision).
- Un relevé d'identité bancaire ou postal du bénéficiaire en cours de validité.
- Le bulletin d'entrée
- La grille AGGIR fournie par l'établissement telle qu'elle résulte du dernier contrôle ayant permis la validation GIRMP de la structure, ou à défaut copie de la grille établie au moment de l'entrée dans l'établissement.

Renouvellement

- La photocopie du dernier avis d'imposition ou de non imposition à l'impôt sur le revenu ([toutes les pages](#)).
- La photocopie [de toutes les pages](#) du dernier relevé de taxe foncière sur toutes les propriétés bâties et non bâties, à défaut copie du relevé cadastral des biens concernés (même en cas d'usufruit, ou d'indivision).
- La grille AGGIR fournie par l'établissement telle qu'elle résulte du dernier contrôle ayant permis la validation GIRMP de la structure, ou à défaut copie de la grille établie au moment de l'entrée dans l'établissement.

Je soussigné(e), _____

agissant en mon nom propre en ma qualité de représentant de _____

certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus.

Fait le : _____ Signature obligatoire :

À : _____

Application de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Les informations contenues sur ce formulaire peuvent être traitées au moyen de l'informatique sous le contrôle du Pôle social du Département et du Conseil départemental de la Savoie. Vous pouvez exercer vos droits d'accès à ces informations et demander leur correction si elles sont inexactes, conformément aux modalités prévues par la loi. Toute fraude ou fausse déclaration entraîne des poursuites judiciaires, l'application des peines prévues par l'article 405 du Code pénal et le recouvrement des prestations indûment perçues.

À retourner à :
Monsieur le Président du Conseil départemental
Pôle social du Département

Direction personnes âgées personnes handicapées
Carré Curial • Place François Mitterrand • CS 71806 • 73018 CHAMBERY cedex



www.savoie.fr

Demande d'APA en établissement

Allocation Personnalisée d'Autonomie



1ère demande

Renouvellement

ÉTAT CIVIL DE LA PERSONNE ÂGÉE DEMANDANT L'APA

NOM : _____ Prénom : _____

NOM de jeune fille : _____ Date de naissance : _____

Adresse de résidence actuelle : _____

Code postal [] [] [] [] [] [] Ville : _____ Depuis le : _____

Tél. [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Courriel : _____

PERSONNE À CONTACTER

Lien de parenté : _____

NOM : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal [] [] [] [] [] [] Ville : _____ Tél. [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Courriel : _____

> Prière de renseigner toutes les cases, mettre néant si vous n'êtes pas concerné(e).

Cadre réservé à l'administration

DATE D'ARRIVÉE	DATE DE DOSSIER RECONNU COMPLET	N° DOSSIER



Loi 2001-647 du 20 juillet 2001 - Loi 2003-289 du 31 mars 2003 - Loi 2015-1776 du 28 décembre 2015

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DEMANDEUR ⁽¹⁾ ET LE CONJOINT ⁽²⁾

	Vous	Votre conjoint
NOM (marital pour les femmes)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NOM de naissance	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prénom(s)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Date et lieu de naissance	<input type="text"/> à <input type="text"/>	<input type="text"/> à <input type="text"/>
N° de sécurité sociale	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nationalité	<input type="checkbox"/> Française <input type="checkbox"/> Ressortissant de l'Union européenne <input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Française <input type="checkbox"/> Ressortissant de l'Union européenne <input type="checkbox"/> Autre
Situation de famille	<input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Concubin(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> PACS <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Veuf(ve)	<input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Concubin(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> PACS <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Veuf(ve)
Régime de retraite principal <small>(ce régime correspond à celui pour lequel la durée de cotisation est la plus longue)</small>	<input type="checkbox"/> CARSAT <input type="checkbox"/> RSI <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> Autres, lequel : <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> CARSAT <input type="checkbox"/> RSI <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> Autres, lequel : <input type="text"/>

Adresse du domicile avant l'hébergement en établissement :

Bâtiment : _____ N° _____ Rue : _____
 Code postal Ville : _____
 Depuis le : _____

Lieu de résidence du conjoint, si différent du demandeur :

Bâtiment : _____ N° _____ Rue : _____
 Code postal Ville : _____

Mentionner le cas échéant l'existence d'une mesure de protection juridique* :

Sauvegarde de justice Tutelle Curatelle

Coordonnées du tuteur ou de l'organisme en charge de la mesure :

NOM : _____ Adresse : _____
 Code postal Ville : _____ Tél.
 Mail : _____

* Joindre le jugement de tutelle ou de curatelle. (1) Le demandeur désigne la personne âgée elle-même.
 (2) Il peut s'agir de l'époux(se), du concubin ou de la personne avec laquelle le demandeur a conclu un pacte civil de solidarité (pacs).

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PATRIMOINE DU DEMANDEUR ET DU CONJOINT

Ces éléments permettront de calculer la participation éventuelle du bénéficiaire

Biens immobiliers

RÉSIDENCE PRINCIPALE (avant entrée en établissement) :

Vous êtes : Propriétaire Locataire
 Usufruitier En indivision

Votre résidence principale est-elle occupée par : Vous même ou votre conjoint Vos enfants ou vos petits-enfants

AUTRES BIENS :

Adresse complète	Biens loués	Biens non loués
	Montant brut annuel des loyers ou fermages	Valeur locative
<input type="text"/>	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €
<input type="text"/>	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €
<input type="text"/>	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €
<input type="text"/>	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €
<input type="text"/>	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €
<input type="text"/>	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €

* La valeur locative figure sur l'avis des taxes foncières (base sur laquelle les différents taux sont appliqués) ou sur le relevé cadastral.

VOUS BÉNÉFICIEZ DE :

	Vous	Votre conjoint
Allocations servies par le Conseil départemental		
L'allocation compensatrice pour l'aide d'une tierce personne - Montant mensuel	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="text"/> €	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="text"/> €
Prestation de compensation du handicap	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="text"/> €	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="text"/> €
L'aide ménagère au titre de l'aide sociale	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
L'allocation représentative de services ménagers	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Allocations servies par les caisses de retraite		
L'aide ménagère - Si oui, précisez la caisse de retraite	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="text"/>
La majoration tierce personne - Montant mensuel	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="text"/> €	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="text"/> €

ATTENTION, l'APA n'est pas cumulable avec les aides mentionnées ci-dessus.