

Demande de carte mobilité inclusion

Disposez-vous d'une Carte Mobilité Inclusion ? oui (joindre une copie) non

Avez-vous déjà un taux d'incapacité fixé par la Maison Départementale des Personnes Handicapées : oui non

En complément de votre demande d'APA, souhaitez-vous solliciter le bénéfice de la Carte Mobilité Inclusion (CMI) ? oui non

Si oui, souhaitez-vous :

la CMI avec mention Stationnement oui non

la CMI priorité oui non

la CMI avec mention Invalidité oui non

(avec le cas échéant, la sous-mention besoin d'accompagnement ou besoin accompagnement cécité)

Le conseil départemental instruira votre demande si l'évaluation de votre dépendance est de 1 à 4.

En cas de rejet de votre demande d'APA, vous devrez déposer une demande auprès de la MDPH.

PATRIMOINE DU FOYER Ces éléments permettront de calculer votre participation éventuelle au plan d'aide

• BIENS IMMOBILIERS DU FOYER (MONSIEUR - MADAME) -1-

Je déclare, ainsi que mon conjoint, concubin ou partenaire de Pacs, ne posséder aucun patrimoine immobilier

Je déclare, ainsi que mon conjoint, concubin ou partenaire de Pacs, posséder des biens immobiliers détaillés **dans le tableau en annexe**

• BIENS MOBILIERS ET EPARGNE DU FOYER (MONSIEUR / MADAME)-2-

Je déclare, ainsi que mon conjoint, concubin ou partenaire de Pacs, posséder des biens mobiliers et/ou d'épargne : dans ce cas, **remplir le tableau joint en annexe**

Je déclare, ainsi que mon conjoint, concubin ou partenaire de Pacs le cas échéant, ne posséder aucun placement financier.

J'accepte, dans le cadre d'une demande qui nécessite une coordination avec d'autres financeurs, que les éléments de ce dossier soient communiqués aux gestionnaires de ces prestations (exemple : caisse de retraite) oui non

J'accepte que le Conseil départemental, pour faciliter ma prise en charge, échange avec les professionnels qui m'accompagnent en application de l'article L 1110-4 du code de la santé publique

Je n'accepte pas que le Conseil départemental, pour faciliter ma prise en charge, échange avec les professionnels qui m'accompagnent en application de l'article L. 1110-4 du code de la santé publique

Je certifie sur l'honneur l'exactitude de tous les renseignements figurant sur le présent dossier et m'engage à signaler au Conseil départemental toute modification de ma situation (état de santé, ressources, patrimoine, capitaux,...).

Je suis informé(e) qu'en cas de fraude, de fausse déclaration ou d'omission, je m'expose à des poursuites judiciaires ainsi qu'au remboursement des prestations indûment perçues et je m'engage à fournir toutes les pièces justificatives. Les services du Conseil départemental peuvent demander toute information nécessaire aux administrations publiques, notamment aux administrations fiscales, aux collectivités territoriales, aux organismes de sécurité sociale et de retraite complémentaire qui sont tenus de les leur communiquer (Article L-232-16 du code de l'action sociale et des familles).

Informatique et libertés : Les informations recueillies vous concernant font l'objet d'un traitement informatique auquel vous consentez, destiné à instruire votre demande d'APA à domicile. Cette aide s'inscrit dans le cadre réglementaire suivant : Règlement européen sur la protection des données (UE2016 :679) _ RGPD, code de l'action sociale et des familles, Loi informatique et libertés n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée. Vous pouvez obtenir communication de ces informations et, le cas échéant, obtenir leur rectification, sur présentation d'une pièce d'identité, en vous adressant au service où vous avez déposé votre demande ou directement au Conseil départemental du Finistère – 32 boulevard Duplex - CS29029 – 29196 Quimper cedex

Signature du demandeur ou de son représentant légal

A,.....Le,



Réservé aux services du Conseil départemental			
N° de dossier	Date de demande	Date de relance	Date de dossier complet

Tampon du service ayant remis le dossier ou aidé à le compléter

DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE (APA) A DOMICILE

pour les personnes âgées de 60 ans et plus, présentant des difficultés pour réaliser les actes essentiels de la vie quotidienne – Article L.232-1 du code de l'action sociale et des familles

Vous devez remplir cet imprimé avec le plus grand soin. Toutes les cases doivent être renseignées. Ce dossier doit être complet et signé par vous-même ou votre représentant légal avant son envoi.

(liste des pièces à fournir en annexe)

A défaut, votre demande ne pourra pas être instruite

Votre identité

Madame Monsieur

Nom de naissance: Nom d'époux/d'usage:

Prénom : comme indiqué sur votre pièce d'identité.....

Date de naissance:Commune de naissance:

Département de naissance:

Pays de naissance : France Autre Préciser :

Adresse:

Code postal: Commune:

Téléphone fixe: Portable:

Courriel:

Comment souhaitez-vous être contacté prioritairement par le service APA courrier téléphone courriel

Renseignements concernant votre adresse actuelle indiquée ci-dessus

Date d'arrivée à cette adresse (**à compléter obligatoirement**) : | _ | _ | | _ | _ | | _ | _ | _ |

Vous êtes : propriétaire locataire en résidence autonomie

hébergé(e) préciser chez qui

Si vous résidez dans le Finistère depuis moins de trois mois, précisez votre dernière adresse :

Adresse (N° - rue):

Code postal: Commune:

S'agissait-il d'un : domicile privé d'une famille d'accueil

d'un établissement (EHPAD, résidence autonomie, hôpital)

Nom de la structure

Renseignements concernant le demandeur et son conjoint -	Le demandeur	Votre conjoint(e) - concubin(e) - partenaire de Pacs
Nom de naissance		
Nom d'usage ou marital		
Prénom		
Date et lieu de naissance		Le à
Nationalité	<input type="checkbox"/> française <input type="checkbox"/> communauté européenne <input type="checkbox"/> autre nationalité Date de fin du titre de séjour :	<input type="checkbox"/> française <input type="checkbox"/> communauté européenne <input type="checkbox"/> autre nationalité Date de fin du titre de séjour :
Situation de famille (date obligatoire)	Marié-e depuis le : __ __ __ __ Veuf(ve) depuis le : __ __ __ __ Célibataire <input type="checkbox"/> divorcé(e) <input type="checkbox"/> séparé(e) <input type="checkbox"/> concubinage <input type="checkbox"/> Pacs <input type="checkbox"/>	
N° de sécurité sociale (15 chiffres obligatoirement)	_____ _____ _____	_____ _____ _____
Caisse de sécurité sociale	CPAM <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> CNMSS <input type="checkbox"/> ENIM <input type="checkbox"/> Autre : <input type="checkbox"/> Préciser :	CPAM <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> CNMSS <input type="checkbox"/> ENIM <input type="checkbox"/> Autre : <input type="checkbox"/> Préciser :
Régime de retraite principal	CARSAT <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> RSI <input type="checkbox"/> FSPOEIE <input type="checkbox"/> CNRACL <input type="checkbox"/> Autre : <input type="checkbox"/> Préciser :	CARSAT <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> RSI <input type="checkbox"/> FSPOEIE <input type="checkbox"/> CNRACL <input type="checkbox"/> Autre : <input type="checkbox"/> Préciser :
Préciser si votre conjoint(e), concubin(e) ou partenaire de Pacs réside : à votre domicile <input type="checkbox"/> en structure hébergement <input type="checkbox"/> S'il ne réside pas à votre domicile, indiquer ses coordonnées : Adresse : Code postal : commune:		

FAITES-VOUS L'OBJET D'UNE MESURE DE PROTECTION oui non en cours

Si oui, quel type ? **Joindre la copie du jugement obligatoirement**
 sauvegarde de justice curatelle tutelle mandat de protection future mandataire spécial
 ou d'une mesure d'accompagnement judiciaire mesure d'accompagnement social personnalisé

Nom et prénom du représentant légal :

Adresse :

Courriel :

AUTRES PERSONNES (HORS CONJOINT) VIVANT AU SEIN DE VOTRE FOYER

NOM ET PRENOM	DATE DE NAISSANCE	LIEN DE PARENTE	COURRIEL - N° DE TELEPHONE

ENFANTS NE VIVANT PLUS AU FOYER

NOM ET PRENOM	DATE DE NAISSANCE	N° DE TELEPHONE	COURRIEL	ADRESSE N° RUE CODE POSTAL COMMUNE

CONTACT DE VOTRE DOSSIER : Personne que vous désignez pour vous accompagner dans vos démarches d'APA

NOM ET PRENOM DE LA PERSONNE A CONTACTER :

Nom et prénom :

Liens avec le demandeur :

Adresse (si non indiquée ci-dessus):

Code postal : commune.....

Téléphone :

Courriel : @

AUTRES AIDES PERÇUES non cumulables avec l'APA (à compléter obligatoirement)

Aides	A compléter	DATE DE FIN
Majoration pour aide constante d'une tierce personne (MTP) associée à une pension d'invalidité de 3 ^{ème} catégorie ou retraite	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> EN COURS <input type="checkbox"/>/...../.....
La prestation complémentaire pour recours à tierce personne (PC RTP)	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> EN COURS <input type="checkbox"/>/...../.....
Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP)	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> EN COURS <input type="checkbox"/>/...../.....
Prestation de compensation du handicap (PCH)	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> EN COURS <input type="checkbox"/>/...../.....
Aide-ménagère au titre de l'aide sociale départementale	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> EN COURS <input type="checkbox"/>/...../.....
Aide-ménagère prise en charge par la caisse de retraite	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> EN COURS <input type="checkbox"/> Si oui, nombre d'heures accordées :/...../.....