

# Dossier de demande

# ■ Allocation ■ Personnalisée d'Autonomie

Dossier individuel à compléter par vos soins et à retourner  
à votre Maison de la Métropole

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Commune : \_\_\_\_\_

Vous demandez

- APA à domicile**
- APA établissement**

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DEMANDEUR

	Demandeur	Conjoint, concubin, partenaire de PACS	
Nom			
Nom de naissance			
Prénom(s)			
Date et lieu de naissance			
N° de sécurité sociale			
Caisse de retraite			
Nationalité			
Situation actuelle	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Concubin (e) <input type="checkbox"/> PACS	<input type="checkbox"/> divorcé (e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Veuf (ve)	<input type="checkbox"/> Retraité (e) <input type="checkbox"/> en activité <input type="checkbox"/> sans emploi <input type="checkbox"/> réside au domicile <input type="checkbox"/> réside en établissement <input type="checkbox"/> réside en famille d'accueil <input type="checkbox"/> autre : _____

Adresse actuelle

Résidence		
N° et nom de la voie		
Code postal et Ville		
Étage /Code interphone		
Téléphone :	Portable :	Courriel :
Précisez s'il s'agit d'un(e) :	<input type="checkbox"/> Domicile privé <input type="checkbox"/> EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendante) <input type="checkbox"/> Résidence autonomie/ foyer logement <input type="checkbox"/> Famille d'accueil agréée (accueil rémunéré chez un particulier)	
Si vous êtes en EHPAD, en résidence autonomie ou en famille d'accueil, <b>Précisez l'adresse de votre dernier domicile :</b>		

### Mesure de protection juridique (joindre la copie du jugement)

Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Si oui, mentionnez, le cas échéant, si vous faites l'objet d'une mesure de :		
Sauvegarde de justice <input type="checkbox"/>	Curatelle <input type="checkbox"/>	Curatelle renforcée <input type="checkbox"/>
Tutelle <input type="checkbox"/>	Habilitation familiale <input type="checkbox"/>	
Nom, adresse de la personne ou de l'association chargée de la mesure :		
.....		
.....		
.....		
Téléphone :..... Courriel :.....		
.....		

### Personne référente à contacter pour le suivi du dossier

Nom :.....	Prénom :.....	né(e)le :.....
Nom de naissance (si différent) : .....		
Lien avec le demandeur : .....		
Adresse :.....		
.....		
Code postal :.....	Ville :.....	
Téléphone :..... Courriel :.....		
<i>Les courriers seront envoyés en copie à cette personne.</i>		

### Autres aides déjà perçues

	oui	non
Majoration pour aide constante d'une tierce personne (MTP)		
Prestation complémentaire pour recours à tierce personne (PCRTP)		
Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP)		
Prestation de compensation du handicap (PCH)		
L'aide-ménagère versée par les caisses de retraite		
L'aide-ménagère versée au titre de l'aide sociale Métropolitaine		

**Attention :** aucune de ces prestations n'est cumulable avec l'allocation personnalisée d'autonomie

## Demande simplifiée d'une carte mobilité inclusion (CMI)

L'attribution de la CMI avec les mentions " invalidité " et " stationnement pour personnes handicapées " à titre définitif est automatique pour les personnes bénéficiaires de l'APA dont le niveau de perte d'autonomie est évalué au titre du GIR 1 ou 2.

Si votre perte d'autonomie est évaluée en GIR 3 à 6, l'équipe médico-sociale doit apprécier si votre situation justifie l'attribution d'une CMI.

### Bénéficiez-vous actuellement ?

D'une carte d'invalidité       D'une carte priorité       D'une carte de stationnement

Date de fin de validité ..... Illimitée       N° de dossier MDMPH .....      Département .....

### Dans le cadre de ce dossier APA, souhaitez- vous la délivrance ?

D'une CMI avec mention " invalidité " \* ou " priorité " \* OUI       NON

D'une CMI avec mention " stationnement pour personnes handicapées " \* OUI       NON

*\* prévue à l'article à L. 241-3 du CASF (Code de l'Action Sociale et des Familles)*

## RESSOURCES ANNUELLES ET PATRIMOINE DU FOYER

Joindre la photocopie intégrale (recto verso) du dernier avis d'imposition

Si vous êtes concerné

	Par le demandeur	Par le conjoint/concubin/partenaire de PACS
<b>Revenus soumis à prélèvements libératoires</b> Ressources ne figurant pas dans l'avis d'imposition ou de non-imposition à l'impôt sur le revenu : revenus soumis au prélèvement libératoire en application des articles 125-O A et 125 D du code général des impôts (*)		
Pensions versées par les enfants pour la prise en charge de la perte d'autonomie		

*(\*) Ces revenus tirés de plans d'épargne, actions ou obligations placés auprès d'établissements financiers, ont fait l'objet d'un prélèvement direct, opéré par l'établissement et reversé aux services fiscaux. Ils ne sont pas soumis à l'impôt sur le revenu. Si vous êtes concerné, une attestation vous a été remise par l'établissement qui gère ces placements.*

**PATRIMOINE DORMANT**

**1/ Biens immobiliers bâtis et non bâtis**

Le demandeur est-il propriétaire de biens ?    Oui                   Non

**Si oui, joindre la photocopie intégrale (recto verso) de la (des) dernière(s) taxe(s) foncière(s).**

Nature des biens	Adresse	Usage actuel	Montant des revenus fonciers	Propriétaire
<input type="checkbox"/> appartement <input type="checkbox"/> maison <input type="checkbox"/> terre agricole <input type="checkbox"/> autres : _____		<input type="checkbox"/> location <input type="checkbox"/> non exploité <input type="checkbox"/> fermage <input type="checkbox"/> usufruit		<input type="checkbox"/> Demandeur <input type="checkbox"/> Conjoint/concubin/partenaire de PACS
<input type="checkbox"/> appartement <input type="checkbox"/> maison <input type="checkbox"/> terre agricole <input type="checkbox"/> autres : _____		<input type="checkbox"/> location <input type="checkbox"/> non exploité <input type="checkbox"/> fermage <input type="checkbox"/> usufruit		<input type="checkbox"/> Demandeur <input type="checkbox"/> Conjoint/concubin/partenaire de PACS
<input type="checkbox"/> appartement <input type="checkbox"/> maison <input type="checkbox"/> terre agricole <input type="checkbox"/> autres : _____		<input type="checkbox"/> location <input type="checkbox"/> non exploité <input type="checkbox"/> fermage <input type="checkbox"/> usufruit		<input type="checkbox"/> Demandeur <input type="checkbox"/> Conjoint/concubin/partenaire de PACS



Ne pas déclarer la résidence principale si celle-ci est occupée par le demandeur, son conjoint, son concubin ou la personne avec qui il a conclu un pacte civil de solidarité, ses enfants ou petits-enfants.  
Article R232-24 (annexe 2-3 du CASF)

**2/Biens mobiliers et capitaux non placés (dont assurance-vie)**

Nature	Montant	Détenteur
		<input type="checkbox"/> Demandeur <input type="checkbox"/> Conjoint/concubin/partenaire de PACS
		<input type="checkbox"/> Demandeur <input type="checkbox"/> Conjoint/concubin/partenaire de PACS
		<input type="checkbox"/> Demandeur <input type="checkbox"/> Conjoint/concubin/partenaire de PACS
		<input type="checkbox"/> Demandeur <input type="checkbox"/> Conjoint/concubin/partenaire de PACS
		<input type="checkbox"/> Demandeur <input type="checkbox"/> Conjoint/concubin/partenaire de PACS



Ne pas déclarer les capitaux placés, y compris ceux exonérés d'impôts (livret A, livret de développement durable, plan d'épargne logement, plan d'épargne en actions ...), qui ne constituent pas du patrimoine dormant. En revanche **la valeur des contrats d'assurance-vie**, qui relèvent du patrimoine dormant, doit être déclarée.

## Demande APA à domicile – Informations complémentaires

Nom de votre médecin traitant : .....

Commune ..... Téléphone : .....

### Les aides apportées par un professionnel et/ou par votre entourage

	Noms et coordonnées	Nature	Fréquence	Durée
Proches aidants : famille, amis, voisinage...				
Services d'aide à domicile				
Soins Infirmiers				
Portage de repas				

#### Avez-vous été récemment hospitalisé(e) ?

- Non
- Oui, je suis actuellement hospitalisé(e)
- Oui, indiquer la date du retour à domicile : ..... **(joindre obligatoirement un bulletin d'hospitalisation)**

En cas de recours à un service d'aide à domicile, j'informe la Métropole de Lyon que (cocher une des 2 cases):

- Je connais le service d'aide qui interviendra à mon domicile.

Son nom est .....

- Je ne connais pas encore le service d'aide qui interviendra à mon domicile mais j'ai bien noté que je dois prévenir la Maison de la Métropole dès que j'en aurai connaissance.

**ENGAGEMENTS MUTUELS**

<b>LA METROPOLE DE LYON</b>	<b>LE DEMANDEUR</b>
<b>À DOMICILE</b>	<b>À DOMICILE</b>
<p>Si vous êtes éligible à L'APA, un membre de l'équipe médico-sociale effectuera une visite à domicile afin d'établir avec vous un plan d'aide adapté à votre situation. Les frais liés à votre perte d'autonomie seront pris en charge de la manière suivante :</p> <p align="center"><b>Montant du plan d'aide = Versement de la Métropole de Lyon + Participation personnelle du demandeur en fonction de ses ressources et du montant du plan d'aide</b></p> <p>Vous pourrez demander une révision de ce plan d'aide afin qu'il suive l'évolution de vos besoins par simple courrier signé du bénéficiaire ou de son représentant légal.</p>	<p>Je m'engage à :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- utiliser les sommes versées comme le prévoit mon plan d'aide.</li> <li>- garder tous mes justificatifs et à les transmettre sur demande de la Maison de la Métropole.</li> <li>- rembourser les sommes allouées par la Métropole et non dépensées comme le prévoit le plan d'aide</li> <li>- signaler à la Maison de la Métropole sans délai tout changement de situation :             <ul style="list-style-type: none"> <li>- hospitalisation,</li> <li>- entrée en établissement,</li> <li>- déménagement,</li> <li>- changement de situation familiale</li> <li>- changement d'intervenant...)</li> </ul> </li> </ul>
<b>EN ETABLISSEMENT</b>	<b>EN ÉTABLISSEMENT</b>
<p>Le montant de l'APA dépendra de votre niveau d'autonomie, de vos ressources et du tarif dépendance de votre établissement d'accueil.</p> <p>Votre allocation sera revalorisée une fois par an, en fonction de l'évolution du tarif dépendance de votre établissement d'accueil et de votre perte d'autonomie.</p>	<p>Je m'engage à :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- utiliser les sommes versées afin de régler le tarif dépendance de l'établissement.</li> <li>- signaler sans délai tout changement de situation (hospitalisation, changement d'établissement, sortie d'établissement...) à la Maison de la Métropole.</li> </ul>

Je soussigné(e), M. ou Mme..... agissant :

- en mon nom propre  
 en ma qualité de tuteur de : .....

certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant dans ce dossier et avoir pris connaissance des engagements mutuels ci-dessus.

Je suis informé(e) que la Métropole de Lyon est autorisée à transmettre à l'ensemble des partenaires médicosociaux (service d'aide à domicile, cabinet infirmier...) toute information concernant mes droits à l'APA (date d'effet du plan d'aide, GIR, nombre d'heures accordées...).

Si mon niveau de perte d'autonomie ne me permet pas de bénéficier de l'APA, j'autorise la Métropole de Lyon à transmettre mon dossier à ma caisse de retraite :  Oui  Non

<p><b>Nom du signataire :</b> .....</p> <p><b>Le .....</b>      <b>Signature du demandeur ou de son représentant légal :</b></p>
--

Les traitements des demandes sont informatisés, ils sont soumis aux dispositions de la loi « Informatiques et Libertés » du 6 janvier 1978 qui protège les droits et libertés individuels. Conformément à l'article 27 de cette loi, les personnes auprès desquelles sont recueillies des informations nominatives, sont informées que :

1. Toutes les réponses aux différentes questions sont obligatoires. Un défaut de réponse entraînera des retards ou une impossibilité dans l'instruction du dossier.  
2. Les destinataires des informations collectées sont exclusivement les administrations et organismes habilités à connaître des dossiers d'aide à domicile ou en établissement.  
3. En tout état de cause, les personnes concernées ont un droit d'accès et de rectification des informations nominatives stockées ou traitées informatiquement.

Pour l'exercice de ce droit, il convient de vous adresser, en justifiant de votre identité à la Maison de la Métropole traitant l'instruction de votre dossier.

## Liste des documents à joindre au dossier

### POUR UNE DEMANDE D'APA A DOMICILE OU EN ETABLISSEMENT

#### Pièces justificatives obligatoires :

- Signer le présent dossier (par la personne **ou** son représentant légal)
- Pour les personnes de nationalité française :
  - Une photocopie de la carte nationale d'identité recto/verso **ou**
  - Une photocopie intégrale du livret de famille **ou**
  - Une photocopie du passeport de la Communauté européenne **ou**
  - Un extrait d'acte de naissance.
- Pour les personnes de nationalité européenne :
  - Une photocopie de la carte nationale d'identité recto/verso en cours de validité **ou**
  - Une photocopie du passeport de la Communauté européenne en cours de validité
- Pour les personnes de nationalité étrangère, hors Communauté européenne :
  - Une photocopie de la carte de résidence recto/verso en cours de validité **ou**
  - Une photocopie du titre de séjour recto/verso en cours de validité
- Une photocopie intégrale du dernier avis d'imposition ou de non-imposition à l'impôt sur le revenu du demandeur, de son conjoint, de son concubin, ou du partenaire d'un PACS.  
*Pour une demande déposée entre janvier et août de l'année n : fournir l'avis d'imposition ou de non-imposition de l'année n-2 ; de septembre à décembre, celui de l'année n-1.*
- Relevé d'identité bancaire (RIB) ou postale (RIP) original aux nom et prénom officiels du demandeur.

#### Pièces complémentaires indispensables :

- Une photocopie intégrale (recto verso) du dernier avis d'imposition relatif aux taxes foncières sur les propriétés bâties et sur les propriétés non bâties du demandeur, de son conjoint, de son concubin, ou du partenaire d'un PACS.
- Toute pièce justificative des autres biens ou capitaux relevant du patrimoine dormant (photocopie du relevé annuel d'assurance vie ...)
- Taxe d'habitation
- Copie du jugement de mise sous protection judiciaire.

### POUR UNE DEMANDE D'APA A DOMICILE

- Le certificat médical joint dûment complété.

### POUR UNE DEMANDE D'APA EN ÉTABLISSEMENT

- La grille nationale d'évaluation de l'autonomie (grille AGGIR), complétée par l'équipe médicale de l'établissement d'accueil.
- Copie du bulletin de présence en établissement stipulant la date d'entrée.
- Pour les établissements d'accueil se situant hors de la Métropole de Lyon : une copie de l'arrêté de tarification.