

Demande d'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile :

ou

Services ménagers :

Nombre d'heures sollicitées par mois :

Déposée auprès du :

[nom de l'organisme ou de la collectivité concerné(e)]

Nom de la personne qui a

constitué ce dossier :

1^{re} demande

Renouvellement

Modification

Une admission d'urgence a-t-elle été demandée ? :

oui

non

Si oui, à compter du : / /

Si oui pour aide ménagère, nombre d'heures par mois

Un imprimé par demandeur

DEMANDEUR	CONJOINT - CONCUBIN - MEMBRE DU PACS
M. <input type="checkbox"/> M ^{me} <input type="checkbox"/> M ^{lle} <input type="checkbox"/>	M. <input type="checkbox"/> M ^{me} <input type="checkbox"/> M ^{lle} <input type="checkbox"/>
Nom de naissance :	Nom de naissance :
Nom usuel :	Nom usuel :
Prénom :	Prénom :
Date de naissance :	Date de naissance :
Nationalité :	Nationalité :
Caisse de retraite principale :	Situation : retraité <input type="checkbox"/> en activité <input type="checkbox"/> à domicile <input type="checkbox"/> hébergé en établissement <input type="checkbox"/>
.....	Adresse de l'établissement :
.....

N° sécurité sociale :

N° sécurité sociale :

Si le conjoint, concubin, membre du PACS est décédé, préciser la date du décès :

Situation de famille du demandeur :

Célibataire Divorcé(e) Veuf(ve) Marié(e) Séparé(e) Vie maritale PACS

Adresse actuelle :

(si établissement, préciser clairement le type d'établissement et son nom)

Code postal : Localité :

Depuis le : (jour-mois-année) :

N° de téléphone :

Adresse antérieure :

Code postal : Localité :

Qualité de l'occupant :

Propriétaire Locataire Usufruitier Habite chez un tiers Accueil familial agréé

Habite avec un enfant En établissement

Pour les étrangers, date d'arrivée en France :

Le demandeur fait-il l'objet d'une mesure de protection ? : oui non

Si oui, nom, adresse et n° de téléphone de la personne ou de l'organisme chargé de l'exercice de cette mesure :

.....
.....

(Joindre copie du jugement)

Autres personnes vivant sous le même toit que le demandeur (hors conjoint, concubin ou membre du PACS)

Nom et prénom	Date de naissance	Parenté	Profession et activité

Enfants ne vivant pas au foyer

Nom et prénom	Adresse complète	N°de téléphone

Personne à contacter en cas de besoin :

.....
.....

(Nom, prénom, adresse, n° de téléphone)

Nom du médecin traitant :

Adresse - téléphone :

PATRIMOINE :

■ BIENS IMMOBILIERS :

Nature	Localisation	Si le bien est loué : montant annuel des revenus perçus	Si le bien n'est pas loué : valeur locative*

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

■ BIENS MOBILIERS (épargne) : si absence, inscrire "néant"

	Capital	Intérêts de l'année civile précédente
Compte courant		
Livrets A, codevi, PEL		
Obligations, actions...		
Assurance-vie		
Autres		

RESSOURCES DU FOYER :

Ressources	Montant mensuel perçu par :	
	Demandeur	Conjoint, concubin ou membre du PACS
Allocation aux adultes handicapés		
Allocation compensatrice tierce personne ou Majoration tierce personne		
Prestation expérimentale dépendance ou prestation spécifique dépendance		
pensions alimentaires versées par les enfants		
Rente dépendance		
Autres ressources (préciser)		

En cas de refus de demande d'allocation personnalisée d'autonomie, je souhaite que mon dossier soit transmis à l'organisme compétent pour accorder une prise en charge de services ménagers : oui non

