

AIDE SUPPLEMENTAIRE – ACCUEIL DE JOUR

NOM : NOM D'EPOUSE :
 PRENOM : DATE DE NAISSANCE :
 COMMUNE : CANTON :

Pièces à fournir

① Vous êtes bénéficiaire de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)

- Ce formulaire dûment rempli ;
- Certificat médical de moins de 3 mois (imprimé ci-joint) rempli par le médecin ou l'infirmier coordonnateur de l'établissement ;
- Photocopie du dernier avis d'imposition ou de non imposition à l'impôt sur le revenu ;

② Vous n'êtes pas bénéficiaire de l'aide personnalisée d'autonomie (APA)

- Ce formulaire dûment rempli ;
- Photocopie du livret de famille ou de la carte nationale d'identité ou d'un passeport de la Communauté Européenne ou d'un extrait d'acte de naissance, ou s'il s'agit d'un demandeur de nationalité étrangère photocopie de la carte de résidence ou du titre de séjour ;
- Certificat médical de moins de 3 mois (imprimé ci-joint) rempli par le médecin ou l'infirmier coordonnateur de l'établissement ;
- Justificatif de domicile des trois derniers mois précédant la demande (quittance de loyer, attestation du propriétaire – pour les propriétaires : factures EDF) ;
- Photocopie de votre dernière déclaration des revenus ;
- Photocopie du dernier avis d'imposition ou de non imposition à l'impôt sur le revenu ;
- Photocopie du dernier relevé de la taxe foncière sur les propriétés bâties et sur les propriétés non bâties ou à défaut photocopie du relevé de propriété ;
- Copie du jugement de tutelle ou de curatelle ;
- Relevé d'identité bancaire ou postal.

A déposer ou à adresser par courrier à votre service ressources :

Service ressources Nord-Est
 MDPH
 Vieillesse handicap
 Centre d'affaires la Croix du Sud
 Rue Ferdinand de Lesseps
 04000 DIGNE-LES-BAINS
 ☎ 04.92.36.35.30
 ☎ 04.92.36.35.33

entre Médico Social - Service APA
 3 avenue Alsace Lorraine
 04200 SISTERON
 04.92.33.19.30

Ouest

1

1

Service ressources Sud
 Centre médico-social
 Vieillesse handicap
 49 boulevard Elémir Bourges
 04100 MANOSQUE
 ☎ 04.92.70.76.80
 ☎ 04.92.70.76.81

	Le demandeur	Le conjoint (1)
Nom		
Nom d'épouse		
Prénoms		
Date et lieu de naissance		
N° de Sécurité Socialé		
Nationalité (<i>Française, ressortissant de l'Union Européenne, Autres...</i>)		
Situation de famille (<i>célibataire, marié, séparé, divorcé, veuf, concubin, pacsé</i>)		
Caisse de retraite principale		

Renseignements complémentaires (2)

Nom, Prénom, adresse et numéro de téléphone de la personne à joindre pour plus d'information :

.....

 **Courriel** (mail)

Mentionner le cas échéant si vous faites l'objet d'une mesure :

- Sauvegarde de justice
- Curatelle
- Tutelle

Nom, Prénom, adresse et numéro de téléphone du tuteur ou de l'association chargée de la gestion des biens (en précisant les nom et prénom de la personne référente) :

.....

 **Courriel** (mail)

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DEMANDEUR

Bénéficiez-vous actuellement de :

- | | | | |
|-----------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|-----------|
| - l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | |
| - l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | Taux : |
| - la majoration pour aide constante d'une tierce personne (MTP) | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | Montant : |
| - la prestation de compensation du handicap (PCH) | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | |
| - l'aide ménagère versée par votre caisse de retraite | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | |
| - l'aide ménagère au titre de l'aide sociale | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | |

Je souhaite bénéficier de l'aide supplémentaire, permettant une prise en charge partielle du prix de journée à l'accueil de jour, restant dû après déduction du plan d'aide au titre de l'APA, pour une durée maximale de 60 jours et calculée sous condition de ressources.

1/ Je bénéficie déjà de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)

Je sollicite une révision de mon plan d'aide afin d'y inclure une aide technique permettant une prise en charge partielle du prix de journée à l'accueil de jour.

Oui Non

2/ Je ne bénéficie pas de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)

Je joins un dossier de demande d'APA, afin de bénéficier (sous conditions d'admission) d'un plan d'aide incluant une aide technique permettant une prise en charge partielle du prix de journée à l'accueil de jour.

Oui Non

Nom de l'établissement accueillant :

Date d'entrée dans l'établissement accueillant :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DEMANDEUR

Adresse

Adresse actuelle du demandeur, lieu où il réside

.....
.....
.....
.....
.....

Adresse actuelle du conjoint (1)

.....
.....
.....
.....
.....

Adresse précédente (avant toute première entrée en foyer-logement, ou en maison de retraite, ou en famille d'accueil.)

.....
.....
.....
.....

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DEMANDEUR

Notaire de la famille (nom, adresse)

.....
.....
.....
.....

Je soussigné(e), agissant en mon nom propre / en ma qualité de représentant (3) de
.....
certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus.

Fait à :

Le :

Signature du demandeur ou de son représentant :

Cadre réservé au service

Nom du médecin ayant rempli le certificat médical

Date :

Au vu du certificat médical, le demandeur est classé en

GIR :

1 - Il peut s'agir du conjoint, du concubin, ou de la personne avec laquelle le demandeur a conclu un pacte civil de solidarité.

2 - Cochez la ou les cases correspondantes.

3 - Rayer la mention inutile.

Les traitements relatifs à cette demande sont informatisés. Ils sont donc soumis aux dispositions de la Loi « Informatique 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 différents questionnaires 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 selon la prestation dont vous bénéficierez, en justifiant de votre identité à :

Monsieur le Président du Conseil général
Hôtel du Département
13 rue Docteur Romieu - BP 216
04003 DIGNE-LES-BAINS CEDEX

Conseil général des Alpes de Haute-Provence
Direction de la solidarité départementale
Service vieillesse handicap
Place des Récollets
04000 DIGNE-LES-BAINS
☎ : 04.92.30.07.50 – Fax : 04.92.30.07.21