

Feuillet à destination de l'Assistante Sociale du Conseil Départemental

Chère Madame, Cher Monsieur,

Dans le cadre de la demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) qui vous est adressée, je vous informe que l'utilisateur a la possibilité de faire appel à Click&Care, 1^{er} réseau national de professionnels soignants et médico-sociaux, pour recruter en emploi direct son intervenant.

Vous avez la possibilité de comparer précisément sur le site www.calculapa.fr le reste à charge du bénéficiaire en fonction :

- De son taux de participation,
- Des devis des structures d'aide à domicile reçus,
- Des modes d'intermédiation courants : prestataire, mandataire et emploi direct à travers la plateforme de recrutement nationale Click&Care.

Fondé par une équipe médicale, Click&Care accompagne la maîtrise des dépenses pour les payeurs en réduisant les dépenses des Collectivités et le reste à charge des Familles, tout en rémunérant davantage les auxiliaires de vie au bénéfice d'une meilleure prise en charge.

Click&Care est une filiale de la Caisse des Dépôts et des Consignations et de la MAIF.

Le plan d'aide se calcule sur le mode gré à gré dit emploi direct.

Je suis à votre entière disposition pour toute question que vous pourriez avoir.
Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes sincères salutations.

Docteur Lina Bougrini
Fondatrice de Click&Care





ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE (APA)

APA à domicile APA en établissement APA en accueil familial agréé

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE _____

CODE POSTAL _____ VILLE _____

Téléphone _____ Courriel _____

Pièces justificatives obligatoires à fournir pour que le dossier soit déclaré complet

- La copie du livret de famille ou de la carte nationale d'identité ou d'un passeport de l'Union européenne ou un extrait d'acte de naissance.
Pour un demandeur de nationalité étrangère, la photocopie de la carte de résidence ou titre de séjour en cours de validité.
- La copie intégrale du **dernier** avis d'imposition sur le revenu (ou non imposition), ou de l'avis de situation déclarative à l'impôt sur le revenu (ASDIR) et celle du conjoint (ou partenaire de PACS ou concubin).
- La copie d'un justificatif de domicile récent (facture énergie, téléphone, eau...).
En cas d'hébergement à titre gracieux, joindre une attestation sur l'honneur avec un justificatif de domicile du logeur.
- Un relevé d'identité bancaire (RIB) au nom du demandeur.
En cas de mesure de protection, le RIB doit mentionner la mesure de protection.
- Les pièces justificatives demandées concernant les éléments déclaratifs sur les revenus et le patrimoine dormant.

Pièces complémentaires

APA à domicile

- Le certificat médical ci-joint complété par le médecin traitant.

APA en établissement

- Un bulletin de situation précisant la date d'entrée dans l'établissement.
- La grille de détermination du groupe iso-ressources (GIR)
- La copie du dernier arrêté de tarification de l'établissement (pour les établissements hors Drôme)

Afin que votre demande soit traitée dans les meilleurs délais, merci de veiller à ce que :

- ✓ les pièces demandées soient fournies
- ✓ les copies soient lisibles

Dossier à déposer auprès de la Mairie ou au Centre communal ou intercommunal d'action sociale (CCAS ou CIAS) de votre domicile qui transmettra au :

Maison Départementale de l'Autonomie (MDA)
Direction des Solidarités - Service gestion administrative et financière
13 avenue Maurice Faure - BP 81132 - 26011 VALENCE Cedex

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement automatisé et sont destinées au Département de la Drôme et à la Maison Départementale de l'Autonomie. Les droits d'accès, d'opposition et de rectification prévus par la loi n°78-17 du 06/01/1978 modifiée s'exercent auprès de la Présidente du Conseil départemental.

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DEMANDEUR

	Demandeur	Conjoint, concubin ou partenaire de PACS
Nom d'usage		
Prénoms		
Nom de famille (de naissance)		
Date de naissance		
Lieu de naissance		
N° sécurité sociale (NIR)	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Nationalité	<input type="checkbox"/> française <input type="checkbox"/> ressortissant de l'Union européenne <input type="checkbox"/> hors Union européenne	<input type="checkbox"/> française <input type="checkbox"/> ressortissant de l'Union européenne <input type="checkbox"/> hors Union européenne
Situation de famille (marié, divorcé, veuf, séparé, partenaire de PACS, concubin, célibataire)		

Pour l'adresse indiquée en première page, précisez s'il s'agit :

du domicile..... depuis le :
 ⇒ si vous résidez dans la Drôme depuis moins de 3 mois, indiquez votre adresse précédente :

.....

de l'établissement d'hébergement..... depuis le :
 d'un accueil familial à titre onéreux oui non depuis le :
 autres : précisez depuis le :

⇒ Indiquez votre adresse précédant la première entrée en hébergement ou en accueil familial :

Personne à contacter : coordonnées de la personne à contacter pour la visite d'évaluation à domicile, ou en cas de besoin :

Nom.....
 Prénom..... Date de naissance

Adresse.....

Code Postal Ville.....

Lien avec le demandeur.....

Téléphone..... Courriel

Mesure de protection : indiquez, le cas échéant, l'existence d'une mesure de protection
 ⇒ **Joindre une copie du jugement.**

sauvegarde de justice curatelle tutelle demande en cours aucune

Coordonnées de la personne ou de l'organisme chargé(e) de la mesure :

Téléphone..... Courriel

ELEMENTS DECLARATIFS CONCERNANT LES REVENUS ET LE PATRIMOINE

1- Ressources ne figurant pas sur l'avis d'imposition / de non imposition sur les revenus :

	Demandeur	Conjoint, concubin ou partenaire de PACS
Montant des revenus soumis au prélèvement libératoire *	_____ € pas de revenus soumis <input type="checkbox"/>	_____ € pas de revenus soumis <input type="checkbox"/>

* en application des articles 125-0 A et 125 D du code général des impôts

⇒ Joindre une attestation établie par vos organismes bancaires.

2 – Allocations :

Percevez-vous actuellement :

- la majoration pour aide constante d'une tierce personne (MTP) oui non
- la prestation complémentaire pour recours à tierce personne (PC RTP) oui non
- l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) oui non
- la prestation de compensation du handicap (PCH) oui non
- l'aide ménagère versée par les caisses de retraite oui non
- l'aide ménagère au titre de l'aide sociale départementale oui non

⇒ Joindre une copie de la notification.

ATTENTION : - aucune de ces prestations n'est cumulable avec l'APA ;
- les sommes indûment versées seront récupérées.

3 – Patrimoine dormant

3-1- Possédez-vous des biens immobiliers non productifs de revenus :

Précisez leur nature et le valeur locative (maison, appartement, terrain non bâti, bois, verger, garage...). Si vous n'en possédez pas, cochez «aucun».

Ne pas déclarer la résidence principale si celle-ci est occupée par le demandeur, son conjoint, ses enfants, ses petits-enfants.

Demandeur		Conjoint, concubin ou partenaire de PACS	
Nature	Valeur locative (à relever sur l'avis de TAXE FONCIERE)	Nature	Valeur locative (à relever sur l'avis de TAXE FONCIERE)
	_____ €		_____ €
	_____ €		_____ €
aucun <input type="checkbox"/>		aucun <input type="checkbox"/>	

⇒ Joindre une copie des taxes foncières des biens.

3-2- Possédez-vous des biens mobiliers, des assurances vie, des capitaux non productifs de revenus réguliers :

La valeur des contrats d'assurance vie doit être déclarée. Si vous n'en possédez pas, cochez «aucun».

Ne pas déclarer : Compte courant, Livret A, Livret de Développement Durable, Plan d'Épargne Logement, Plan d'Épargne en Actions).

Demandeur		Conjoint, concubin ou partenaire de PACS	
Désignation	Valeur	Désignation	Valeur
	_____ €		_____ €
	_____ €		_____ €
aucun <input type="checkbox"/>		aucun <input type="checkbox"/>	

⇒ Joindre pour chaque contrat une copie du dernier relevé annuel fourni par l'organisme concerné.

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE(S) PROCHE(S) AIDANT(S) DU DEMANDEUR

Cette rubrique vise à apporter les premières informations sur les personnes de votre famille ou de votre entourage, amical ou de voisinage, qui vous apportent une aide dans la vie quotidienne **de façon régulière et fréquente, à titre non professionnel et qu'on dénomme « aidants ».**

Son remplissage est facultatif.

	Aidant principal	Autre aidant
Nom et prénom		
Date de naissance		
Adresse		
Lien avec le demandeur (conjoint, enfant, voisin...)		
Nature de l'aide apportée (accompagnement aux déplacements, repas, ménage, courses, toilette...)		
Durée et périodicité approximative de l'aide sur - une journée (ex : 2 h/j) - une semaine (ex :5 h/s) - un mois (ex : 15 h/m) (selon ce qui vous paraît le plus pertinent)		

DEMANDE SIMPLIFIEE DE CARTE MOBILITE INCLUSION (CMI)

Souhaitez vous bénéficier de la Carte Mobilité Inclusion ou renouveler votre carte arrivant à échéance :

- mention **invalidité** (avec mention besoin d'accompagnement ou besoin d'accompagnement cécité) ou **priorité**..... oui non renouvellement
- mention **stationnement**..... oui non renouvellement

ENGAGEMENT SUR L'EXACTITUDE DES INFORMATIONS COMMUNIQUEES

Je soussigné(e),....., agissant en mon nom propre ou en ma qualité de représentant légal

- m'engage à signaler toute modification dans ma situation,
- autorise, en cas de rejet de ma demande d'APA, le Département de la Drôme à transmettre mon dossier à ma caisse de retraite principale..... oui non

Préciser le nom de la caisse de retraite principale :

⇒ **Joindre un justificatif de la caisse de retraite principale**

• certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant dans ce dossier et déclare être informé(e) que toute somme indûment perçue fera l'objet d'un recouvrement. L'action du Département se prescrit par deux ans, sauf en cas de fraude ou de fausse déclaration (L. 232-25 du Code de l'Action Sociale et des Familles).

Fait à.....

Le

Signature du demandeur ou de son représentant légal