

N° DE DOSSIER :

N° DE PERSONNE :

NOM :  
(nom de jeune fille et nom marital pour les femmes)

PRÉNOM :

COMMUNE :

DATE DE LA DEMANDE :     /     /

# DOSSIER DE DEMANDE D'APA

## ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE

A DOMICILE

EN ETABLISSEMENT CONVENTIONNÉ

EN ETABLISSEMENT PRIVÉ

EN ÉTABLISSEMENT DE MOINS DE 25 PLACES

1<sup>ÈRE</sup> DEMANDE

Dossier arrivé au service le :

/     /

Dossier déclaré complet le :

/     /

Dossier arrivé à l'EMS pour évaluation le :

/     /

DEMANDE DE RÉÉVALUATION

Dossier arrivé au service le :

/     /

Dossier déclaré complet le :

/     /

Dossier arrivé à l'EMS pour évaluation le :

/     /

Le dossier de demande intégralement rempli, accompagné des pièces justificatives doit être transmis au CCAS de votre commune ou adressé à :

**Collectivité Territoriale de Martinique**

Direction de l'Accompagnement des Personnes Âgées et du Handicap

Rue Gaston DEFFERRE CS 30137 | 97201 Fort-de-France, Martinique

Téléphone : 0596 59 63 00 | Fax : 0596 72 68 10 | Courriel : [courrier@collectivitedemartinique.mq](mailto:courrier@collectivitedemartinique.mq)

# A - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DEMANDEUR

## ÉTAT CIVIL

DEMANDEUR :

CONJOINT ou PERSONNE VIVANT MARITALEMENT

NOM :

(nom de jeune fille et nom marital pour les femmes)

PRÉNOM :

DATE ET LIEU DE NAISSANCE :     /     /           à

N° DE SÉCURITÉ SOCIALE :

NATIONALITÉ :   Française   Ressortissant de l'Union Européenne   Autre :

SITUATION :   marié(e)   divorcé(e)   veuf(ve)   concubin(e)   pacsé(e)   célibataire

ÊTES VOUS A LA RETRAITE ?   oui           non

Si oui précisez le régime de retraite principal :

NOM :

(nom de jeune fille et nom marital pour les femmes)

PRÉNOM :

DATE ET LIEU DE NAISSANCE :     /     /           à

N° DE SÉCURITÉ SOCIALE :

NATIONALITÉ :   Française   Ressortissant de l'Union Européenne   Autre :

SITUATION :   marié(e)   divorcé(e)   veuf(ve)   concubin(e)   pacsé(e)   célibataire

ÊTES VOUS EN ACTIVITÉ ?   oui           non

Si oui précisez votre profession :

ÊTES VOUS A LA RETRAITE ?   oui           non

Si oui précisez le régime de retraite principal :

## LIEU DE RÉSIDENCE

LIEU DE RÉSIDENCE ACTUEL DU DEMANDEUR :

Adresse :

Commune :                           Code postal :                           Tél. :

ÉTABLISSEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES .....Date d'entrée :     /     /

(Précisez le nom de l'établissement)

ACCUEILLANT FAMILIAL AGRÉÉ .....Date d'entrée :     /     /

(Précisez le nom de l'accueillant)

LIEU DE RÉSIDENCE PRÉCÉDENT DU DEMANDEUR :

Adresse :

Commune :                           Code postal :

LIEU DE RÉSIDENCE ACTUEL DU CONJOINT (SI DIFFÉRENT DE CELUI DU DEMANDEUR)

Adresse :

Commune :                           Code postal :                           Tél. :

## PROTECTION JURIDIQUE

LE DEMANDEUR FAIT -IL L'OBJET D'UNE MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE ?

oui           non           Si oui (joindre copie du jugement)

Sauvegarde de justice   Tutelle           Curatelle

NOM ET ADRESSE DU TUTEUR OU DE L'ASSOCIATION EN CHARGE DE LA MESURE :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Commune :                           Code postal :                           Tél. :

## PERSONNE RÉFÉRENTE

PERSONNE À CONTACTER POUR LA VISITE D'ÉVALUATION À DOMICILE OU EN CAS D'URGENCE

Nom :

Prénom :

Adresse :

Commune :                           Code postal :

Tél. domicile :                           Tél. portable :

Courriel :

Lien de parenté :

## B - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES REVENUS ET LE PATRIMOINE DU DEMANDEUR

### RESSOURCES ANNUELLES – en €

	Montant annuel perçu par le demandeur	Montant annuel perçu par le conjoint, concubin ou pacsé
Retraite principale (à préciser)		
Retraite complémentaire (à détailler)		
Traitements et salaires		
Bénéfices commerciaux		
Bénéfices agricoles		
Revenus locatifs (ou fonciers)		
Allocations diverses		
<b>TOTAL ANNUEL</b>		

### PATRIMOINE MOBILIER ET IMMOBILIER – à renseigner pour le demandeur, et le cas échéant son conjoint, son concubin ou la personne avec laquelle il a conclu un PACS (1)

A - BIENS IMMOBILIERS (préciser la nature de ceux-ci, leur adresse et la valeur locative indiquée dans le dernier relevé de la taxe foncière sur les propriétés bâties et les propriétés non bâties) :

1 { Nature : Valeur locative : €  
Adresse :

2 { Nature : Valeur locative : €  
Adresse :  
3 { Nature : Valeur locative : €  
Adresse :

B - BIENS MOBILIERS ET CAPITAUX NON PLACÉS (dont assurance-vie, actions, obligations)<sup>(2)</sup> :

Nota : (1) 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.

(2) 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.

### ALLOCATIONS - PERCEVEZ-VOUS :

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

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

## C - DEMANDE D'UNE CARTE MOBILITÉ INCLUSION (CMI)

SOUHAITEZ VOUS : BÉNÉFICIER DE LA CMI (Art. L. 241-3) ? PRIORITÉ ou INVALIDITÉ – oui non et/ou BÉNÉFICIER DE LA CMI STATIONNEMENT (Art. L-241-3) ? : oui non

## D- RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PROCHES AIDANTS\* DU DEMANDEUR (facultatif)

Ce volet du dossier vise à apporter des 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, qu'on dénommera «aidants» dans ce qui suit. Son remplissage est facultatif.

NOM : NATURE DE L'AIDE APPORTÉE (par exemple : accompagnement dans les déplacements à l'extérieur de votre domicile, courses...)  
PRÉNOM : ÂGE :  
LIEU DE RÉSIDENCE :  
Adresse :  
Commune : Code postal :  
DURÉE ET PÉRIODICITÉ APPROXIMATIVES DE CETTE AIDE POUR UNE JOURNÉE, UNE SEMAINE OU UN MOIS (selon ce qui vous paraît le plus pertinent) :

## DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ agissant en mon  
propre nom / en ma qualité de représentant de \_\_\_\_\_ ,  
certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur ce document.

J'autorise la Collectivité Territoriale de Martinique à transmettre mon dossier à ma caisse de retraite  
en cas de refus d'APA.

Fait à :

le :     /     /

Signature

## DISPOSITIONS RELATIVES A LA LOI «INFORMATIQUE ET LIBERTÉS»

Les traitements de l'Aide Sociale de la Collectivité Territoriale de Martinique sont informatisés.

Ils sont donc soumis aux dispositions de la loi «Informatique et Libertés» du 6 janvier 1978

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 des administrations et organismes habilités à avoir connaissance des dossiers de l'Aide Sociale en application des articles L 133-5, L 221-8 du Code de l'Action Sociale et des Familles.

3- En tout état de cause, les personnes concernées ont le droit d'accès et de rectification sur les informations nominatives stockées ou traitées informatiquement.

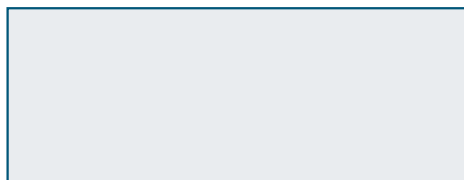
Pour exercer ce droit, vous devez vous adresser, en justifiant de votre identité à :

M. le Président du Conseil Exécutif de Martinique | Rue Gaston DEFFERRE CS 30137 | 97201 Fort-de-France, Martinique

Téléphone : 0596 59 63 00 | Fax : 0596 72 68 10 | Courriel : courrier@collectivitedemartinique.mq

### SANCTIONS EN CAS DE FRAUDE

Vous êtes informé(e) que toute fausse déclaration ou falsification de document, toute obtention usurpée d'un droit, vous expose à des sanctions pénales et financières en application des articles L331-1, L331-3, L 433-19, L 441-7 du Code Pénal, ainsi que, le cas échéant, à la récupération par la Collectivité Territoriale de Martinique des sommes indûment perçues.



Cachet du Centre  
Communal d'Action  
Sociale



*\*Est considéré comme proche aidant d'une personne âgée : son conjoint, le partenaire avec qui elle a conclu un pacte civil de solidarité (PACS) ou son concubin ; un parent ou un allié, définis comme aidants familiaux, ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables, qui lui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou une partie des actes ou des activités de la vie quotidienne*