

## DISPOSITIONS RELATIVES A L'ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE

Les personnes sollicitant le bénéfice de l'allocation personnalisée d'autonomie sont informées que :

**A domicile :** l'APA est affectée à la rémunération d'un service prestataire pour les personnes lourdement dépendantes, ou les personnes dont la fragilité a été constatée par l'équipe médico-sociale. Le refus de recourir à un service prestataire doit être formulé par écrit.

La participation de l'utilisateur est majorée de 10% si la personne âgée emploie directement une tierce personne qui ne justifie pas d'une expérience acquise ou d'un niveau de qualification défini par arrêté du Ministère chargé des personnes âgées.

La prestation peut être suspendue au delà de 30 jours d'hospitalisation, en cas de non déclaration de l'intervenant salarié, en cas de non acquittement de la participation, ou en cas de non respect du plan d'aide.

Le montant de l'APA est affecté à des dépenses correspondant aux besoins réels de l'allocataire. Il dépend du degré de perte d'autonomie du bénéficiaire (évalué par l'équipe médico-sociale dans un plan d'aide), et des ressources qui déterminent le montant de la participation.

L'APA peut être versée directement aux services d'aide à domicile agréés chargés d'assurer les prestations, conformément à l'article L.232-15 alinéa 3 du Code de l'Action Sociale et des Familles. L'APA peut être versée sous la forme Chèques Emploi Service Universels.

**En établissement :** l'APA correspond au tarif dépendance de l'établissement, diminué du montant de la participation. Elle est versée directement sur le compte du bénéficiaire.

L'APA peut être versée directement à l'établissement, conformément à l'article L.232-15 alinéa 3 du Code de l'Action Sociale et des Familles.

Les recours contre les décisions relatives à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie sont formés devant la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales, Commission départementale de l'Aide Sociale, 66A, rue Saint Sébastien - 13281 Marseille cedex 6, dans un délai de deux mois.

*Sans préjudice des actions en recouvrement des sommes indûment versées mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 232-25, le fait d'avoir frauduleusement perçu l'allocation instituée par le présent chapitre est puni des peines prévues par les articles 313-1 à 313-3 du code pénal (article L.232-27 du code de l'Action Sociale et des Familles).*

Ce dossier doit être adressé :

au Conseil Général des Bouches-du-Rhône à :  
**Direction des Personnes Agées et des Personnes Handicapées**  
**Allocation Personnalisée d'Autonomie**  
**4, Quai d'Arenc - CS 70095 - 13304 Marseille cedex 02**

ou au CCAS de votre lieu de résidence

### DISPOSITIONS RELATIVES A LA LOI DU 6 JANVIER 1978

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 entrainera 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.

Tampon du CCAS

Février 2012 - Studio graphique CG13 - CDP

DOSSIER N° : .....

# DÉPARTEMENT DES BOUCHES-DU-RHÔNE

DIRECTION GENERALE ADJOINTE DE LA SOLIDARITE  
DIRECTION DES PERSONNES AGEES ET DES PERSONNES HANDICAPEES

## DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE

D'UNE PERSONNE AGÉE DE SOIXANTE ANS OU PLUS

A domicile

En établissement

NOM ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE (\*) : .....

CODE POSTAL : ..... COMMUNE : .....

N° TEL : .....

### LISTE DES PIECES JUSTIFICATIVES A JOINDRE IMPERATIVEMENT AU DOSSIER DE DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE

- La photocopie du livret de famille ou de la carte d'identité ou d'un passeport de la Communauté Européenne, ou un extrait d'acte de naissance ; ou, s'il s'agit d'un demandeur de nationalité étrangère, la photocopie de la carte de résidence ou du titre de séjour.
- La photocopie du dernier avis d'imposition ou de non imposition à l'impôt sur le revenu
- La photocopie du dernier relevé de la taxe foncière sur les propriétés bâties et sur les propriétés non bâties
- Un relevé d'identité bancaire ou postal.

(\*) : Si vous résidez dans un établissement situé hors du département des Bouches-du-Rhône, joindre l'arrêté de tarification de l'établissement.



CONSEIL GÉNÉRAL DES BOUCHES-DU-RHÔNE  
Direction des Personnes Agées et des Personnes Handicapées  
Allocation Personnalisée d'Autonomie  
4, Quai d'Arenc - CS 70095 - 13304 Marseille cedex 02

InfoAPA 13  
0811 88 13 13\*

\* Coût d'une communication locale



CONSEIL  
GENERAL  
BOUCHES-DU-RHÔNE

cg13.fr

InfoAPA 13  
0811 88 13 13\*

\* Coût d'une communication locale

<b>Renseignements</b>	(si en activité)	<b>Le demandeur</b>	<b>Le conjoint, le concubin, ou la personne ayant conclu un PACS</b>	<b>Adresse précédente</b> (avant toute première entrée en établissement ou en famille d'accueil, ou si l'intéressé réside à l'adresse actuelle depuis moins de 3 mois)
Nom (marital pour les femmes)				
Prénom				
Date et lieu de naissance				
N° de sécurité sociale				
Nationalité				
Situation de famille (marié, divorcé, veuf, concubin)				<b>Lieu de résidence du conjoint si différente de la précédente</b>
Régime de retraite principal				
Activité du demandeur et du conjoint				
<b>N° de téléphone des personnes à joindre en cas de nécessité</b>				

**Cocher l'une des cases suivantes, si le lieu de résidence du demandeur est :**

- Un établissement d'hébergement pour personnes âgées      Date d'entrée : .....
- Le domicile d'un particulier accueillant à titre onéreux      Date de début d'accueil : .....

<b>Nom, adresse et n° de téléphone de la personne à joindre en cas de nécessité</b>	<b>Renseignements complémentaires</b>	
..... ..... ..... ..... ..... ..... .....	Mentionner le cas échéant si vous faites l'objet d'une mesure de: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> sauvegarde de justice</li> <li><input type="checkbox"/> curatelle</li> <li><input type="checkbox"/> tutelle</li> </ul>	Nom, adresse et n° tel. du tuteur : ..... ..... ..... ..... ..... .....

**Renseignements obligatoires concernant les revenus et le patrimoine du demandeur**

	Demandeur	Conjoint
<b>Ressources ne figurant pas dans l'avis d'imposition ou de non imposition à l'impôt sur le revenu</b>	Montant :	
	Montant :	
	Montant :	
	<b>Total :</b>	<b>Total :</b>

<b>Patrimoine dormant (1 + 2)</b> (Renseignement à fournir par le demandeur et le cas échéant, son conjoint, son concubin ou la personne avec laquelle il a conclu un pacte civil de solidarité)	<b>Biens immobiliers (1)</b> (préciser la nature de ceux-ci, et la valeur locative indiquée dans le dernier relevé de la taxe foncière)	<b>Biens mobiliers et Epargne (2)</b> (indiquer les livrets ou compte, ainsi que les montants)

**Allocations : Percevez-vous (ou votre conjoint) :**

cachez les cases suivantes et indiquer les montants perçus

- L'allocation compensatrice pour tierce personne
- La Majoration pour Tierce Personne
- La Prestation Spécifique Dépendance
- L'aide ménagère au titre de l'aide sociale départementale
- L'aide ménagère versée par les caisses de retraite

(le Conseil général prendra directement contact avec votre caisse de retraite)

- Montant : .....

**Déclaration sur l'honneur :**

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

.....  
certifie sur l'honneur avoir pris connaissance des dispositions figurant au verso et l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus qui sont fournis dans le cadre de la demande d'allocation personnalisée d'autonomie. Par ailleurs, j'autorise le Conseil général à transmettre le dossier aux Caisses de retraite en cas de rejet de l'allocation.

Fait à .....Le .....

**Signature obligatoire du demandeur ou de son représentant :**