

# DEMANDE D'AIDES À L'AUTONOMIE POUR LES PERSONNES ÂGÉES À DOMICILE

Ce dossier permet de formuler une demande de plan d'aide qui pourra être financé pour tout ou partie par les caisses de retraite (**aide Bien vieillir chez soi, dite BVCS, et Accompagnement à domicile des personnes âgées, dite AADPA**) ou les départements (**Allocation personnalisée d'autonomie, dite APA**).

Réservé à l'administration / Numéro de dossier : \_\_\_\_\_  
Dossier transféré vers : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

1/9

## LA SITUATION DU DEMANDEUR ET DE SON CONJOINT

Si le demandeur est en couple (mariage, PACS ou concubinage), les ressources de son conjoint sont prises en compte dans le calcul de l'aide. Il est donc nécessaire de renseigner les informations le concernant.

Pour plus d'informations, se référer à la notice d'information du formulaire et au portail d'information en ligne : [www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr](http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr)

	LE DEMANDEUR	LE CONJOINT Mariage, PACS ou concubinage
<b>Situation de famille du demandeur</b>	<input type="checkbox"/> Marié, PACS, en concubinage <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Divorcé ou séparé <input type="checkbox"/> Veuf	<i>Si le demandeur est célibataire, divorcé, séparé ou veuf, veuillez ne pas remplir cette colonne.</i>
<b>Sexe</b>	<input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Homme	<input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Homme
<b>Nom d'usage</b>		
<b>Nom de naissance</b>		
<b>Prénom(s)</b>		
<b>Date de naissance</b>		
<b>Ville de naissance</b>		
<b>Département de naissance</b>		
<b>Pays de naissance</b>		
<b>Numéro de sécurité sociale à 15 chiffres</b>		
<b>Caisse de retraite principale</b>		
<b>Lieu de résidence</b>	<input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Hébergement dans la famille ou chez un tiers <input type="checkbox"/> Domicile d'un accueillant familial (particulier agréé par le département) <input type="checkbox"/> Résidence autonomie <input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> Le même que le demandeur <b>Si différent du demandeur :</b> <input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> EHPAD (date : _____) <input type="checkbox"/> Domicile d'un accueillant familial (particulier agréé par le département) <input type="checkbox"/> Résidence autonomie <input type="checkbox"/> Autre : _____

Ces informations seront utilisées pour identifier l'organisme compétent, évaluer la demande et prendre contact avec le demandeur.

Numéro de téléphone \_\_\_\_\_

Adresse e-mail \_\_\_\_\_

Adresse du lieu de résidence \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

**Si applicable** : Bâtiment \_\_\_\_\_ Étage \_\_\_\_\_ Digicode \_\_\_\_\_

Le demandeur réside-t-il depuis plus de 3 mois à cette adresse ?  Oui  Non

**Si la réponse est "Non", renseigner les champs ci-dessous concernant la résidence précédente du demandeur :**

Adresse précédente du demandeur \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Si le demandeur fait l'objet d'une mesure de protection, renseigner les éléments ci-après et joindre obligatoirement la photocopie du jugement de la mesure.

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

- Oui, la demande a été prononcée  
 Non, mais une demande est en cours  
 Non

**Si la réponse est "Oui", préciser de quelle mesure de protection il s'agit :**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sauvegarde de justice | <input type="checkbox"/> Tutelle                              |
| <input type="checkbox"/> Curatelle simple      | <input type="checkbox"/> Habilitation familiale               |
| <input type="checkbox"/> Curatelle renforcée   | <input type="checkbox"/> Mandat de protection future "activé" |

#### LE MANDATAIRE OU L'ORGANISME DE PROTECTION JURIDIQUE

Nom de l'organisme \_\_\_\_\_

Civilité du mandataire  Madame  Monsieur

Nom et prénom du mandataire \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone \_\_\_\_\_

Adresse e-mail \_\_\_\_\_

Cette rubrique a vocation à identifier la personne qui aide le demandeur dans ses démarches administratives, ou plus globalement un proche qui aide le demandeur dans sa vie quotidienne.

Cette personne sera contactée, le cas échéant, pour toute question administrative sur le dossier.

Avant d'indiquer les coordonnées de la personne, celle-ci doit avoir donné son accord pour que ses informations figurent dans ce formulaire.

Civilité  Madame  Monsieur

Nom et prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone \_\_\_\_\_

Adresse e-mail \_\_\_\_\_

Le lien avec le demandeur :

Conjoint  Enfant  Ami  Voisin  Autre : \_\_\_\_\_

SUITE EN  
PAGE SUIVANTE 

En fonction de son degré d'autonomie, le demandeur sera orienté vers l'aide Bien vieillir chez soi (BVCS) ou l'Accompagnement à domicile des personnes âgées (AADPA) de sa caisse de retraite, ou vers l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) du département. Dans tous les cas, il bénéficiera, à son domicile, d'une évaluation de sa situation et de ses besoins.

**Pour plus d'informations sur l'aide BVCS, l'AADPA, et l'APA, se référer à la notice jointe à ce formulaire.**

**Les réponses aux questions ci-dessous permettent d'identifier à quel organisme la demande doit être adressée.**

Le demandeur peut-il se lever seul (même avec difficulté) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Le demandeur peut-il s'habiller seul (même avec difficulté) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Le demandeur peut-il faire sa toilette seul (même avec difficulté) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Le demandeur peut-il manger seul (même avec difficulté) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Si la réponse est "Non" une seule fois ou pas du tout, cocher la case **Profil 1** ci-dessous.

- Profil 1** : Le dossier doit être envoyé à la caisse de retraite principale du demandeur afin d'effectuer une demande pour l'aide Bien vieillir chez soi (BVCS) pour les retraités du régime général et les retraités de la fonction publique d'État, ou pour l'Accompagnement à domicile des personnes âgées (AADPA) pour les retraités du régime agricole

Si la réponse est "Non" deux fois ou plus, cocher la case **Profil 2** ci-dessous.

- Profil 2** : Le dossier doit être envoyé au département afin d'effectuer une demande pour l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA)

L'aide Bien vieillir chez soi (BVCS), l'Accompagnement à domicile des personnes âgées (AADPA) et l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) ne sont pas cumulables entre elles, ni avec les prestations listées ci-dessous.

**Le demandeur perçoit-il une ou plusieurs des prestations listées ci-dessous ?**

La Prestation complémentaire pour recours à tierce personne (PCRTP), aide perçue dans le cadre d'arrêt de travail ou arrêt maladie ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
La Prestation de compensation du handicap (PCH) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
L'Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
L'Aide à domicile au titre de l'aide sociale départementale ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
La Majoration pour aide constante d'une tierce personne (MTP) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

En fonction de la situation du demandeur, une participation financière pourra être laissée à sa charge. Son montant sera fixé en prenant en compte les ressources du demandeur et celles de son conjoint (sur la base des revenus figurant sur le dernier avis d'imposition) et de certains éléments de patrimoine, à déclarer dans cette rubrique. **Seuls les demandeurs en Profil 2 doivent compléter cette partie.**

**L'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) n'est pas récupérable sur succession.**

Ces informations ne seront utilisées que par les départements.

**Si le demandeur est propriétaire de biens immobiliers (maison, appartement, terrain) qui ne sont pas mis en location, joindre une photocopie du dernier avis de taxe foncière correspondant à chacun de ces biens.**

Adresse de la résidence principale du demandeur \_\_\_\_\_

Statut :

Occupée par le demandeur et/ou son conjoint(e), ses enfants ou petits-enfants  Louée

Autres biens immobiliers

ADRESSE	EN LOCATION
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

**Si le demandeur et/ou son conjoint (mariage, PACS, concubinage) possède des biens mobiliers et des capitaux non placés de valeur, les déclarer dans le tableau suivant en précisant leur montant ou leur valeur estimée.**

Exemples : oeuvres d'art de collection, voitures de luxe...

Joindre si nécessaire une liste complémentaire sur papier libre.

NATURE	MONTANT / VALEUR ESTIMÉE
	€
	€
	€

La carte mobilité inclusion est accordée sur demande et en fonction du degré d'autonomie évalué par un professionnel lors de l'évaluation à domicile. Elle donne des avantages, notamment pour faciliter les déplacements. Elle peut être accordée **aux bénéficiaires de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA). Seuls les demandeurs en Profil 2 peuvent compléter cette partie.**

**Pour plus d'informations sur la carte mobilité inclusion (CMI), se référer à la notice jointe à ce formulaire.**

Le demandeur souhaite-t-il une CMI mention Stationnement ?  Oui  Non

Le demandeur souhaite-t-il une CMI mention Priorité ou Invalidité ?  Oui  Non

Le demandeur souhaite-t-il renouveler sa carte d'invalidité, de priorité ou de stationnement ?  Oui  Non

Je soussigné(e) :  Madame  Monsieur

Nom, Prénom : \_\_\_\_\_

Agissant :  En mon nom propre

En qualité de représentant légal de : \_\_\_\_\_

certifie exacts et complets les renseignements fournis dans le cadre de cette demande.

Je m'engage à déclarer toute évolution de ma situation. Je suis informé que toute fausse déclaration ou falsification de document, toute obtention usurpée d'un droit m'exposerait à des sanctions pénales et financières prévues par la loi. Je donne mon consentement pour que ces données fassent l'objet d'un traitement informatique\*.

Fait à : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_

Signature :

### \*Mentions d'information pour le formulaire de demande d'aides à l'autonomie pour les personnes âgées à domicile

Les caisses de retraite et les départements mettent en œuvre un formulaire de demande commun aux aides des caisses de retraite et à l'allocation personnalisée d'autonomie. Le traitement des informations recueillies sur ce formulaire est nécessaire à l'accompagnement et au suivi social des personnes âgées en perte d'autonomie, à leur domicile.

Les personnes accédant à ces données sont les agents habilités au sein des caisses de l'Assurance retraite, des caisses de la Mutualité Sociale Agricole et des départements ainsi que les professionnels qui participent à la prise en charge du parcours de la personne âgée ou qui accompagnent la personne âgée (professionnels de santé, professionnels œuvrant dans le champ du social et du médico-social).

L'organisme gestionnaire de l'aide demandée peut également être amené à échanger des informations relatives à votre situation avec d'autres organismes, notamment l'administration fiscale, les organismes de sécurité sociale versant des prestations analogues, les collectivités territoriales et les organismes de recouvrement des cotisations sociales.

Les données sont conservées pour une durée maximale de six ans, à compter de la cessation des droits.

Conformément au droit à la protection des données, vous disposez de droits sur vos données personnelles (droit d'accès, de rectification, d'opposition et à la limitation) que vous pouvez exercer auprès du délégué à la protection des données (DPO) de l'organisme gestionnaire de l'aide demandée, dont vous trouverez les coordonnées sur le site dudit organisme. Si vous estimez que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL : Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) – 3, Place de Fontenoy TSA – 80715 – 75334 PARIS CEDEX07.

# LES PIÈCES À FOURNIR ET L'ADRESSE D'ENVOI DU DOSSIER

## **PROFIL 1** Pièces jointes pour l'aide Bien vieillir chez soi (BVCS) et l'Accompagnement à domicile des personnes âgées (AADPA) des caisses de retraite

- La photocopie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition à l'impôt sur le revenu (toutes les pages), ainsi que de celui du conjoint / concubin / partenaire PACS

### Si le demandeur est concerné :

- La photocopie du jugement de la mesure de protection
- La photocopie de la notification de rejet de votre demande d'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) si une demande a déjà été réalisée
- Pour les retraités de la fonction publique d'État : le titre ou brevet de pension

### L'adresse d'envoi du dossier

Le demandeur **PROFIL 1** devra envoyer son dossier à la caisse de retraite principale dont il dépend (le régime de retraite qui lui verse le montant de la pension retraite le plus élevé) parmi les 2 caisses de retraite suivantes :



#### **Carsat Centre-Val de Loire**

30 boulevard Jean-Jaurès - 45033 ORLÉANS Cedex 1  
Tél. 3960 (service gratuit + prix appel)



#### **MSA Beauce Coeur de Loire**

5 rue Chanzy - 28 037 Chartres Cedex  
Tél. 02 37 99 99 99

## **PROFIL 2** Pièces jointes pour l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) des départements

- Un justificatif d'identité (carte d'identité française ou d'un pays membre de la Communauté Européenne ou passeport ou livret de famille ou carte de résidence ou titre de séjour en cours de validité)
- Le relevé d'identité bancaire (RIB) au nom du demandeur
- La photocopie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition à l'impôt sur le revenu (toutes les pages), ainsi que de celui du conjoint / concubin / partenaire PACS
- Le certificat médical relatif à une demande d'APA à domicile avec ou sans demande de CMI (facultatif)

### Si le demandeur est concerné :

- La photocopie du jugement de la mesure de protection
- La photocopie du(des) dernier(s) avis de taxe foncière

### L'adresse d'envoi du dossier



DIRECTION AUTONOMIE PERSONNES ÂGÉES PERSONNES HANDICAPÉES  
MAISON DÉPARTEMENTALE DES PERSONNES HANDICAPÉES  
PYRAMIDES DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL  
7 ROUTE DE GUERRY  
18 000 BOURGES

HORAIRES D'OUVERTURE  
DU LUNDI AU VENDREDI:  
8H30 - 12H 13H30 - 17H  
FERMETURE LUNDI APRÈS MIDI  
STANDARD : 02 48 27 31 31