

AIDE SUPPLEMENTAIRE – ACCUEIL DE JOUR ALZHEIMER

Formulaire de demande d'aide financière

NOM : NOM D'USAGE :

PRENOM :

COMMUNE : CANTON :

Pièces supplémentaires à fournir avec ce formulaire:

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

- Certificat médical (imprimé Conseil départemental) 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 ;
- Photocopie du dernier relevé de la taxe foncière de l'intégralité des propriétés bâties et non bâties;

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

- 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 (imprimé Conseil départemental) 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 de l'intégralité des propriétés bâties et non bâties;
- Copie du jugement de tutelle ou de curatelle ;
- Relevé d'identité bancaire (récent).

A déposer ou à adresser par courrier au Conseil départemental :

Centre médico-social
Vieillesse handicap
Immeuble François Cuzin
4, rue de la Grave
04000 DIGNE-LES-BAINS
☎ 04.92.30.09.10

Centre médico-social
Vieillesse handicap
3, rue Alsace Lorraine
04200 SISTERON
☎ 04.92.33.19.30
☎ 04.92.33.19.31

Centre médico-social
Vieillesse handicap
49, boulevard Elémir Bourges
04100 MANOSQUE
☎ 04.92.70.76.80
☎ 04.92.70.76.81

Dossier n°

	Le demandeur	Le conjoint (1)
Nom de naissance		
Nom d'usage		
Prénoms		
Date et lieu de naissance		
N° de Sécurité Sociale		
Nationalité <i>(Française, ressortissant de l'Union Européenne, hors U.E.)</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)

Je bénéficie actuellement de :

- la majoration pour aide constante d'une tierce personne (MTP) OUI NON
ou pension d'invalidité 3^{ème} catégorie
- la prestation complémentaire pour recours à tierce personne (PCRTP)^o 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 votre caisse de retraite OUI NON
- l'aide ménagère au titre de l'aide sociale OUI 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 par période de 12 mois et calculée sous condition de ressources.

- **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 de la partie dépendance du prix de journée à l'accueil de jour

OUI NON

- **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 de la partie dépendance du prix de journée à l'accueil de jour

OUI NON

Non de l'établissement accueillant :

.....
Date d'entrée dans l'établissement accueillant :

.....
Nombre de jours d'accueil prévu par semaine :

.....

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.)

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

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.

DISPOSITION RELATIVE 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 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 départemental
Hôtel du Département
13, rue Docteur Romieu – BP 216
04003 DIGNE-LES-BAINS CEDEX

Conseil départemental des Alpes de Haute-Provence
Pôle Solidarités
Service vieillesse handicap
Place des Récollets
04000 DIGNE-LES-BAINS
☎ : 04.92.30.07.50 – Fax : 04.92.30.07.21