

Réservé à l'administration

N° DOSSIER : .....

CANTON : .....

NOM : .....

PRÉNOM : .....

COMMUNE : .....

## DEMANDE D'ALLOCATION DÉPARTEMENTALE PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE (A.D.P.A. Vaucluse)

Première demande

Nouvelle demande

Dossier transmis par :

l'intéressé(e)

l'organisme

(Cachet de l'organisme et date)

Date d'arrivée au Département

Dossier à retourner à l'adresse suivante :

DEPARTEMENT DE VAUCLUSE

Pôle Solidarités

Direction des Personnes Âgées et des Personnes Handicapées

Service Prestations

CS 60517 - 84908 AVIGNON Cedex 9 - Tél. : 04 90 16 15 00

## A ÉTAT CIVIL

|  | LE DEMANDEUR                    | LE CONJOINT <sup>1</sup>        |
|--|---------------------------------|---------------------------------|
| Nom<br>(de jeune fille et marital pour les femmes)                                       |                                 |                                 |
| Prénom   |                                 |                                 |
| Date et lieu de naissance  |                                 |                                 |
| N° de Sécurité Sociale   |                                 |                                 |
| Nationalité  |                                 |                                 |
| Situation de famille<br>(marié(e), divorcé(e), veuf(ve), concubin(e), pacs, célibataire) |                                 |                                 |
| Régime de retraite principal<br>(ou employeur pour un conjoint <sup>1</sup> en activité) | Nom et adresse de l'organisme : | Nom et adresse de l'organisme : |
|  | Téléphone :                     | Téléphone :                     |

## B LOGEMENT

Adresse actuelle du demandeur : .....

N° de Tél fixe : ..... Tél Portable : ..... Adresse courriel : .....

- S'agit-il ? :  de votre domicile en tant que  propriétaire  locataire  
 d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées  
Si oui, avez-vous déposé une demande d'aide sociale à l'hébergement  oui  non  
 du domicile d'un particulier accueillant à titre onéreux (famille d'accueil agréée)  
 du domicile d'un particulier accueillant à titre gracieux (famille du demandeur, ...)

Date d'entrée dans ce logement : .....

Adresse précédente du demandeur (si vous avez déménagé depuis moins de 3 mois ou si vous résidez en établissement d'hébergement) : .....

Adresse actuelle du conjoint<sup>1</sup> (si différente de celle du demandeur) : .....

## C PERSONNE RÉFÉRENTE

### Personne à contacter pour la visite d'évaluation à domicile ou en cas d'urgence

Nom : ..... Prénom : ..... Qualité (enfant, parent, autre) : .....

Adresse : .....

..... Téléphone : ..... Adresse courriel : .....

<sup>1</sup> Conjoint(e) ou concubin(e) ou personne ayant conclu un PACS

## **D** MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE

- Sauvegarde de Justice       Tutelle       Curatelle       Mandat de protection future  
 Habilitation familiale    Mesure d'accompagnement social personnalisé (MASP)    Mesure d'accompagnement Judiciaire (MAJ)

Nom de l'organisme mandataire judiciaire

à la Protection des Majeurs : .....

Nom

du mandataire judiciaire chargé de la mesure : .....

OU

Nom du représentant individuel chargé de la mesure : .....

Adresse : .....

Tél. : ..... Fax : ..... Courriel : .....

## **E** RESSOURCES ET PATRIMOINE : Voir document explicatif pour information

### Documents annexes à compléter et à joindre au dossier

- ▶ Avis d'imposition sur les revenus
- ▶ Ressources mensuelles du foyer
- ▶ Relevé des capitaux placés du foyer

## **F** CARTE MOBILITE INCLUSION

Imprimé annexe à compléter si vous ne détenez pas déjà une carte

## **G** PRESTATIONS SOCIALES

Attention L'ADPA n'est pas cumulable avec l'une de ces prestations

- Percevez-vous ? :
- Pension d'invalidité de 3<sup>ème</sup> catégorie (majoration tierce personne),
  - Allocation compensatrice (tierce personne ou frais professionnels),
  - Aide sociale départementale accordée sous forme d'aide-ménagère (AM) y compris l'aide-ménagère complémentaire de soin (ACS),
  - Allocation représentative de services ménagers (ARSM),
  - Aide-ménagère servie par une Caisse de retraite,
  - Prestation de compensation du handicap (PCH).

-----

J'autorise l'échange d'informations entre le Département et les administrations et organismes habilités à connaître des dossiers d'aide à domicile ou en établissement.

Je soussigné(e), agissant en mon nom propre ou en ma qualité de représentant légal de : .....  
certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus.

Fait à ....., le .....

Signature obligatoire :

## → INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES :

### Dispositions relatives aux déclarations de ressources

*Toutes les réponses aux différents questionnaires sont obligatoires. Un défaut de réponse entraînera des retards ou une impossibilité dans l'instruction du dossier.*

*Le non-respect des règles applicables aux prestations d'aide sociale relevant du département par les bénéficiaires et les institutions intéressées, peut être sanctionné par la suspension, la récupération, la réduction ou le refus de paiement des prestations d'aide sociale. En cas de fraude ou de fausse déclaration, toute personne qui perçoit ou tente de percevoir frauduleusement des prestations au titre de l'aide sociale commet un délit qualifié d'escroquerie. Elle encourt les peines prévues au code pénal.*

### Dispositions relatives au droit de communication

*En application du code de l'action sociale et des familles :*

#### *Article L.133-3*

*Le Département se réserve le droit de demander aux services fiscaux la communication des informations nécessaires à l'instruction des ressources déclarées pour les demandes tendant à l'admission d'une quelconque aide sociale ou à la radiation éventuelle d'un bénéficiaire de l'aide sociale. Les dispositions du présent article sont applicables aux organismes de la sécurité sociale ou de la mutualité sociale agricole, sauf en ce qui concerne les renseignements d'ordre médical.*

#### *Article L.232-16*

*Pour vérifier les déclarations des intéressés et s'assurer de l'effectivité de l'aide qu'ils reçoivent, les services chargés de l'évaluation des droits à l'allocation personnalisée d'autonomie et du contrôle de son utilisation peuvent demander toutes les informations nécessaires aux administrations publiques, notamment aux administrations fiscales, aux collectivités territoriales, aux organismes de sécurité sociale et de retraite complémentaire qui sont tenus de les leur communiquer. Lesdites informations doivent être limitées aux données nécessaires à l'identification de la situation du demandeur en vue de l'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie et au contrôle de l'effectivité de l'aide, en adéquation avec le montant d'allocation versé. Elles sont transmises et utilisées dans des conditions garantissant leur confidentialité.*

### Dispositions relatives à la loi du 6 janvier 1978

*Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à l'instruction de votre dossier. Les destinataires des données sont : les administrations et organismes habilités à connaître des dossiers d'aide à domicile ou en établissement.*

*Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification des informations nominatives qui vous concernent. Pour l'exercice de ce droit, il convient de vous adresser, en justifiant de votre identité, à Monsieur le Président du Conseil départemental.*

*:*