

→ INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES :



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.

Réservé à l'administration

N° DOSSIER :

CANTON :

NOM :

PRÉNOM :

COMMUNE :

**DEMANDE DE REVISION D'ALLOCATION
DÉPARTEMENTALE PERSONNALISÉE
D'AUTONOMIE (A.D.P.A. Vaucluse)**

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 :

DÉPARTEMENT 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

MOTIF DE LA DEMANDE

- 1) Aggravation de l'état de santé
- 2) Changement de situation familiale Ressources Résidence
- 3) Relais de l'aidant principal
- 4) Hospitalisation aidant principal : Prévisionnelle En cours
- 5) Autre(s) changement(s).....

BÉNÉFICIAIRE

Nom : Prénom :

Adresse :

Tél. : Courriel :

PIÈCES À FOURNIR

➤ AGGRAVATION DE L'ETAT DE SANTE

- Joindre impérativement un certificat médical complété par le médecin traitant ou le spécialiste, sous pli cacheté.
- Fournir les justificatifs relatifs aux ressources (avis d'imposition - fiche ressources mensuelles)

➤ HOSPITALISATION AIDANT PRINCIPAL

- Fournir le bulletin de situation (hospitalisation en cours) ou tout document précisant les dates prévisionnelles

➤ MODIFICATION DE LA SITUATION FINANCIERE

- Fournir les justificatifs relatifs aux ressources et capitaux (avis imposition - fiches ressources et capitaux)

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

➤ CHANGEMENT DE LIEU DE RÉSIDENCE

Date de départ de l'ancien lieu de résidence :

Date d'arrivée dans le nouveau lieu de résidence :

Adresse précise :

N° de téléphone :

➤ ENTREE EN MAISON DE RETRAITE (joindre un bulletin de présence délivré par l'établissement) :

Adresse précise :

N° de téléphone :

➤ CHANGEMENT DE SITUATION FAMILIALE ET SOCIALE :

Compléter l'imprimé prévu à cet effet.

OBSERVATIONS

A, le

Signature obligatoire du demandeur ou de son représentant légal :

Cadre réservé à l'administration

• DEMANDE DE RÉVISION À L'INITIATIVE DE L'ÉQUIPE MÉDICO-SOCIALE :

Motif :

A, le

Signature du médecin / infirmier(e) :

Signature de l'assistant(e) social(e) :