

MENTIONS LEGALES

Allocation personnalisée d'autonomie à domicile

Les informations recueillies vous concernant font l'objet d'un traitement informatique, auquel vous consentez, destiné à instruire votre demande d'allocation personnalisée d'autonomie à domicile et de contrôler le droit. Cette aide s'inscrit dans le cadre réglementaire suivant :

- Code de l'action sociale et des familles (CASF)
- Règlement départemental d'aide sociale
- Décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel

Les données et catégories de données enregistrées sont celles énumérées à l'article R. 232-41 du CASF liées au formulaire de demande d'APA, ainsi que les informations librement fournies par l'usager lors de l'évaluation à domicile par le professionnel médico-social. L'ensemble des données est obligatoire, tout défaut de réponse entraînera l'impossibilité de traiter votre dossier.

Les données n'ont pas pour finalité une prise de décision automatisée. Cette dernière est notifiée à la personne ayant formulé la demande d'aide.

Les informations enregistrées sont destinées aux services instructeurs du Département. L'article R. 232-44 du CASF liste les catégories de personnes pouvant accéder au traitement des données pour la gestion des aides à savoir :

- Les centres communaux d'action sociale (CCAS)
- Le cas échéant, le médecin traitant, sous réserve de votre consentement
- Les professionnels dûment habilités des établissements et services sociaux et médico-sociaux prenant en charge les bénéficiaires

Elles ne peuvent être communiquées, en cas de besoin nécessaire à l'instruction de votre situation, qu'aux destinataires, mentionnés à l'article R. 232-45 du CASF, dûment habilités et intervenant strictement dans le cadre de votre dossier, à savoir, en fonction de leurs missions :

- Les organismes de retraite
- La MDPH
- Les plates-formes territoriales d'appui à la coordination des parcours de santé complexes
- Les Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD)

Les données enregistrées sont conservées conformément aux prescriptions du Code du Patrimoine et à l'article Art. R. 232-46 du code de l'action sociale et des familles.

Depuis l'entrée en vigueur, le 25 mai 2018, du Règlement Général sur la Protection des Données (Règlement (UE) 2016/679) et des articles 39 et suivants de la loi « informatique et libertés » du 06 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit concernant vos données:

- D'accès
- De rectification
- D'effacement
- De limitation du traitement
- D'opposition au profilage
- D'introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés : 3 Place de Fontenoy, TSA 80715-75334 PARIS Cedex 07- Tel : 01 53 73 22 22. www.cnil.fr)

Pour exercer vos droits, vous pouvez également vous adresser, par voie postale, au Délégué à la Protection des Données, Hôtel du département, Place Viala, 84 909 AVIGNON Cedex 9 ou, par voie dématérialisée : deleque-donnees-personnelles@vaucluse.fr.



N° DOSSIER :

CANTON :

NOM :

PRÉNOM :

COMMUNE :

DEMANDE DE RENOUVELLEMENT D'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE (A.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 de l'Autonomie

Service Prestations

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

| ÉTAT CIVIL : | LE DEMANDEUR | SON CONJOINT <small>(en cas de décès veuillez préciser la date)</small> |
|---|--------------|--|
| Nom d'usage patronymique : | | |
| Prénom : | | |
| Nationalité : | | |
| N° de sécurité sociale : | | |
| Situation de famille : <small>(marié(e), divorcé(e), veuf(ve), concubin(e), pacs, célibataire)</small> | | |
| Adresse : <small>(à préciser en cas de changement)</small> | | |
| Téléphone du domicile : <small>(mention obligatoire)</small> | | |
| Téléphone portable : | | |
| Adresse courriel : | | |
| Caisse de retraite principale : | | |

PERSONNE RÉFÉRENTE : (personne à contacter en cas de nécessité)

| | | |
|---|----------------|-----------------|
| Nom : | Prénom : | Qualité : |
| <small>(enfant(s), parent(s), représentant légal, autre...)</small> | | |
| Adresse : | | |
| | | |
| Tél. fixe : Tél. portable : | | |
| Adresse courriel : | | |

MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE :

| | | | |
|---|---|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Sauvegarde de justice | <input type="checkbox"/> Tutelle | <input type="checkbox"/> Curatelle | <input type="checkbox"/> Mandat de protection future |
| <input type="checkbox"/> Habilitation familiale | <input type="checkbox"/> Mesure d'accompagnement social personnalisé (MASP) | | <input type="checkbox"/> 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. : Adresse courriel : Fax : | | | |

RESSOURCES ET PATRIMOINE : (voir document explicatif pour information)

Documents annexes à compléter et à joindre au dossier :

- Ressources mensuelles du foyer
- Relevé de capitaux placés du foyer

CARTE MOBILITÉ INCLUSION :

Imprimé annexe à compléter si vous n'êtes pas titulaire de cette carte.

PRESTATIONS SOCIALES :

Attention l'APA n'est pas cumulable avec l'une des prestations : Percevez-vous ?

- Pension d'invalidité de 3^{ème} 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 figurants ci-dessus.

Fait à, le,

Signature obligatoire :

PIECES INDISPENSABLES A FOURNIR :

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> Photocopie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition sur le revenu |
| <input type="checkbox"/> Ressources mensuelles du foyer |
| <input type="checkbox"/> Relevé des capitaux placés du foyer |
| <input type="checkbox"/> Si vous êtes propriétaire photocopie de(s) la taxe foncière(s) sur les propriétés bâties et non bâties ou photocopie de la matrice cadastrale |
| <input type="checkbox"/> Imprimé de situation familiale et sociale, ci-joint, dûment complète |
| <input type="checkbox"/> Imprimé certificate medical dûment complète par le médecin traitant, à joindre sous pli cacheté |
| <input type="checkbox"/> Jugement de tutelle, de curatelle ou toute autre mesure de protection validée par le greffier du Tribunal de Grande Instance |

PIECES EVENTUELLES A FOURNIR :

- Si vous êtes de nationalité étrangère non ressortissant d'un État membre de l'Union Européenne : photocopie de la carte de résidence ou du titre de séjour en cours de validité.
- Si vous n'êtes plus à domicile mais en établissement d'hébergement : bulletin de présence délivré par l'établissement précisant la section "maison de retraite" ou "unité de soins de long séjour".
- Si vos coordonnées bancaires ont été modifiées : relevé d'identité bancaire.