

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'utilisateur 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 : delegue-donnees-personnelles@vaocluse.fr.

Réservé à l'administration

N° DOSSIER :

CANTON :

NOM :

PRÉNOM :

COMMUNE :

DEMANDE DE REVISION 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 :

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

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

➤ AGGRAVATION DE L'ÉTAT DE SANTÉ

- 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 PRICIPAL

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

➤ MODIFICATION DE LA SITUATION FINANCIÈRE

- Fournir les justificatifs relatifs aux ressources et capitaux (avis d'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 :

➤ ENTRÉE 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) :