

→ 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 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 :

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

**ÉTAT CIVIL :**

	LE DEMANDEUR	SON CONJOINT <small>(en cas de décès veuillez en 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. : _____ Fax : _____ Adresse courriel : _____			

**RESSOURCES ET PATRIMOINE :** (Voir document explicatif pour information)

Documents annexes à compléter et à joindre au dossier :

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

**CARTE MOBILITE 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 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 :

**PIECES INDISPENSABLES A FOURNIR**

- Photocopie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition sur le revenu
- Ressources mensuelles du foyer
- Relevé des capitaux placés du foyer
- Si vous êtes propriétaire : photocopie de(s) la taxe foncière(s) sur les propriétés bâties et non bâties ou photocopie de la matrice cadastrale
- Imprimé de situation familiale et sociale, ci-joint, dûment complété
- Imprimé certificat médical dûment complété par le médecin traitant, à joindre sous pli cacheté
- 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 Etat 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