INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Bénéficiez-vous actuellement :	Vous-même	Votre conjoint(e) ou concubin(e)
– de la majoration tierce personne	☐	☐
– de la prestation complémentaire pour recours à une tierce personne	☐	☐
– de l'allocation compensatrice pour tierce personne Si oui, l'avez-vous obtenue avant 60 ans ? Oui ☐ Non ☐ – de l'allocation personnalisée d'autonomie	☐	☐
– de la prise en charge d'heures d'aide ménagère par : - votre caisse - l'aide sociale départementale - les caisses complémentaires - votre mutuelle **Nom de l'intervenant à domicile :** ..... Tél. :	 ☐ ☐ ☐ ☐	 ☐ ☐ ☐ ☐
– d'autres avantages analogues accordés dans le cadre du maintien à domicile - précisez alors l'organisme de prise en charge :	☐	☐

ENGAGEMENT DE LA DEMANDE

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des déclarations, m'engage à faciliter toute enquête pour les vérifier et à faire part de toute modification de ma situation et de celle de mon conjoint ou de la personne vivant maritalement avec moi.

Pour l'instruction de ma demande d'ADPA, j'accepte la visite à mon domicile, d'un membre de l'équipe médico-sociale du Département.

La Loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement, quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations. Les sommes indûment perçues feront l'objet d'un remboursement (article L 232-27 du code de l'Action Sociale et des Familles - art. 313-1 à 313-3 du code pénal).

Je déclare avoir pris connaissance de l'intégralité des informations ci-dessus.

Fait à ..... le ...../ ...../ .....

Qualité du signataire (identité et lien avec le demandeur) :

.....

.....

.....

Signature du demandeur (ou tuteur légal),

VENDÉE
CONSEIL GÉNÉRAL

Pôle Solidarité et Famille
Direction de l'Autonomie des Personnes Âgées et des Personnes Handicapées
Service Prestations et Animation Partenariale
40 rue du Maréchal Foch
85923 La Roche sur Yon cedex 9
Tél. 02 51 44 66 41 ou 42

DOSSIER DE DEMANDE ADPA
ALLOCATION DÉPARTEMENTALE PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE

Conditions d'obtention de l'aide
Pour bénéficier de l'ADPA, vous devez :
– être âgé(e) de plus de 60 ans,
– présenter des difficultés pour réaliser les actes essentiels de la vie quotidienne.
L'ADPA n'est pas cumulable avec certaines prestations versées par le Conseil général ou les caisses de retraites.

NATURE DE LA DEMANDE

1re demande ☐ À domicile ☐
Renouvellement ☐ En établissement ☐

VOTRE SITUATION

Nom usuel : .....
Nom de naissance : .....
Prénoms (soulignez le prénom usuel) : .....
Né(e) le : ..... / ..... / ..... à ..... Nationalité : .....
Sexe : Masculin ☐ Féminin ☐
Situation de famille : Célibataire ☐ Vie maritale ☐ Mariée ☐ Séparé(e) ☐
Divorcé(e) ☐ Pacte civil de Solidarité ☐ Veuf (ve) ☐
depuis le : ...../ ...../ .....
Nom de l'organisme d'affiliation à la Sécurité Sociale : .....
Numéro d'immatriculation Sécurité Sociale : ☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐
Nom de la caisse de retraite principale : .....
Numéro de retraite (si différent du n° de Sécurité Sociale) : ☐☐☐☐☐☐☐

VOTRE RÉSIDENCE ACTUELLE

Adresse : .....
.....
Code postal : ☐☐☐☐☐ Commune : .....
Canton : .....
Tél. : ..... Portable : .....
Courriel : .....
Précisez si vous résidez ? à votre domicile ☐ chez un membre de votre famille ☐
en famille d'accueil ☐ en établissement ☐
Depuis le : .....

Dossier n° .....
(réservé au Conseil général)

VOTRE RÉSIDENCE ANTÉRIEURE

Adresse : .....

.....

Code postal : |_|_|_|_|_| Commune : .....

du ...../...../..... au ...../ ..... / .....

SITUATION DE VOTRE CONJOINT(E), PACSÉ(E), CONCUBIN(E) OU COMPAGNON (COMPAGNE)

Nom usuel : .....

Nom de naissance : .....

Prénoms (soulignez le prénom usuel) : .....

Né(e) le : ...../...../..... à ..... Nationalité : .....

Sexe : Masculin ☐ Féminin ☐

Est-il (elle) en activité ? Oui ☐ Non ☐ Est-il (elle) retraité ? Oui ☐ Non ☐

Numéro d'immatriculation Sécurité Sociale : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Vit-il (elle) en établissement pour personnes âgées ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, dans quel établissement ? .....

MÉDECIN TRAITANT

Nom : ..... Téléphone : .....

POUR LE SUIVI DE VOTRE DEMANDE

Y-a-t'il lieu de contacter une personne autre que vous, votre représentant légal ou votre conjoint, pour suivre votre dossier : Oui ☐ Non ☐

Si oui, souhaitez-vous que cette personne soit destinataire des courriers vous concernant ? Oui ☐ Non ☐

Précisez son identité :

Nom d'usage (en majuscules) : .....

Prénoms (soulignez le prénom usuel) : .....

Adresse : .....

.....

Étage : ..... Bâtiment : .....

Code postal : |_|_|_|_|_| Commune : .....

Tél. : ..... Portable : .....

Courriel : .....

S'agit-il d'un membre de la famille : Oui ☐ Non ☐

Si OUI, lien de parenté : ..... Si NON, qualité de la personne : .....

Vous êtes sous tutelle ou curatelle ou sauvegarde de justice ? Oui ☐ Non ☐

Précisez son identité :

Nom et prénom du tuteur ou curateur ou nom de l'organisme de tutelle (préciser le nom du délégué) : .....

.....

Adresse : .....

.....

Étage : ..... Bâtiment : .....

Code postal : |_|_|_|_|_| Commune : .....

Tél. : ..... Portable : .....

Courriel : .....

VOS RESSOURCES

Nature	Vous-même	Votre conjoint(e), pacsé(e), concubin(e) ou compagnon (compagne)
Pensions et retraites*		
Salaires*		
Fermages et locations*		
Rentes viagères (déclarées aux impôts)*		
Revenus de l'épargne (soumis à prélèvement libératoire)*		
Autres (à préciser) - ex. minimum vieillesse… (joindre le justificatif correspondant)		
TOTAL		

* Ressources figurant sur votre dernier avis avis d'imposition sur le revenu ou ressources actuelles liées à un changement de situation intervenu depuis votre dernière déclaration d'IR (veuvage, divorce…).

VOTRE PATRIMOINE

Vous, votre conjoint ou concubin, possédez-vous des biens immobiliers ? Oui ☐ Non ☐

Biens immobiliers (la valeur locative prise en compte figure sur votre **avis d'imposition taxes foncières**)

	Nature	Adresse précise	Valeur locative (base)
Vous	.....	.....	.....
	.....	.....	.....
	.....	.....	.....
	.....	.....	.....
Votre conjoint(e), pacsé(e), concubin(e), compagnon (compagne)	.....	.....	.....
	.....	.....	.....
	.....	.....	.....
	.....	.....	.....

Épargne

Livrets d'épargne, livrets d'épargne populaire, livret de développement durable ..... Oui ☐ Non ☐

Livrets ou comptes d'épargne logement ..... Oui ☐ Non ☐

Bons d'épargne, de caisse, de capitalisation ..... Oui ☐ Non ☐

Assurance-vie ..... Oui ☐ Non ☐

Plan d'épargne populaire ..... Oui ☐ Non ☐

Obligations ..... Oui ☐ Non ☐

Actions ..... Oui ☐ Non ☐

SICAV et fonds commun de placement ..... Oui ☐ Non ☐

SCPI ..... Oui ☐ Non ☐

Bons anonymes ..... Oui ☐ Non ☐

Autres ..... Oui ☐ Non ☐

Merci de joindre un relevé de capitaux placés par organisme selon modèle joint.