

## **Feuillet à destination de l'Assistante Sociale du Conseil Départemental**

Chère Madame, Cher Monsieur,

Dans le cadre de la demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) qui vous est adressée, je vous informe que l'usager a la possibilité de faire appel à Click&Care, 1<sup>er</sup> réseau national de professionnels soignants et médico-sociaux, pour recruter en emploi direct son intervenant.

Vous avez la possibilité de comparer précisément sur le site [www.calculapa.fr](http://www.calculapa.fr) le reste à charge du bénéficiaire en fonction :

- De son taux de participation,
- Des devis des structures d'aide à domicile reçus,
- Des modes d'intermédiation courants : prestataire, mandataire et emploi direct à travers la plateforme de recrutement nationale Click&Care.

Fondé par une équipe médicale, Click&Care accompagne la maîtrise des dépenses pour les payeurs en réduisant les dépenses des Collectivités et le reste à charge des Familles, tout en rémunérant davantage les auxiliaires de vie au bénéfice d'une meilleure prise en charge.

Click&Care est une filiale de la Caisse des Dépôts et des Consignations et de la MAIF.

### **Le plan d'aide se calcule sur le mode gré à gré dit emploi direct.**

Je suis à votre entière disposition pour toute question que vous pourriez avoir.  
Je vous prie d'agrérer, Madame, Monsieur, l'expression de mes sincères salutations.

**Docteur Lina Bougrini**  
Fondatrice de Click&Care



### ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE

NOM : .....

NOM D'USAGE : .....

PRENOM : .....

COMMUNE : .....

CANTON : .....

- A domicile
- En établissement
- Accueil chez un accueillant familial agréé

#### Pièces à fournir

- Photocopie du livret de famille ou de la carte nationale d'identité ou d'un passeport de la Communauté Européenne ou d'un extrait d'acte de naissance, ou s'il s'agit d'un demandeur de nationalité étrangère photocopie de la carte de résidence ou du titre de séjour ;
- Fiche destinée à l'équipe médico-social chargée de la visite à domicile ;
- Certificat médical (imprimé ci-joint) rempli par le médecin traitant ( facultatif ) ;
- Justificatif de domicile des trois derniers mois précédant la demande (quittance de loyer, attestation du propriétaire – pour les propriétaires : factures EDF) ;
- Photocopie de votre dernière déclaration des revenus ;
- Photocopie du dernier avis d'imposition ou de non imposition à l'impôt sur le revenu ;
- Photocopie du dernier relevé de la taxe foncière sur les propriétés bâties et sur les propriétés non bâties ou à défaut photocopie du relevé de propriété ;
- Copie du jugement de tutelle ou de curatelle ;
- Relevé d'identité bancaire ou postal.

#### A déposer ou à adresser par courrier à votre service ressources :

**Service ressources Nord-Est**  
Vieillesse handicap  
Immeuble François Cuzin  
4, rue de la Grave  
04000 DIGNE-LES-BAINS  
 04.92.30.09.10

**Service ressources Nord-Ouest**  
Centre médico-social  
Vieillesse handicap  
3, rue Alsace Lorraine  
04200 SISTERON  
 04.92.33.19.30

**Service ressources Sud**  
Centre médico-social  
Vieillesse handicap  
49, boulevard Elémir Bourges  
04100 MANOSQUE  
 04.92.70.76.80  
 04.92.70.76.81

	<b>Le demandeur</b>	<b>Le conjoint (1)</b>
Nom		
Nom d'usage		
Prénoms		
Date et lieu de naissance		
N° de Sécurité Sociale		
Nationalité ( <i>Française, ressortissant de l'Union Européenne, Autres...</i> )		
Situation de famille ( <i>célibataire, marié, séparé, divorcé, veuf, concubin, pacsé</i> )		
Caisse de retraite principale		

**Renseignements complémentaires (2)**

Nom, Prénom, adresse et numéro de téléphone de la personne à joindre pour plus d'information :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

 ..... **Courriel (mail)** .....

Mentionner le cas échéant si vous faites l'objet d'une mesure :

- Sauvegarde de justice
- Curatelle
- Tutelle

Nom, Prénom, adresse et numéro de téléphone du tuteur ou de l'association chargée de la gestion des biens (en précisant les nom et prénom de la personne référente) :

.....  
.....  
.....

 ..... **Courriel (mail)** .....

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DEMANDEUR

Bénéficiez-vous actuellement de :

- |   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| - la prestation spécifique dépendance                     | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| - l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP)  | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| - la majoration pour aide constante d'une tierce personne | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| - la prestation de compensation du handicap (PCH)         | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| - l'aide ménagère versée par votre caisse de retraite     | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| - l'aide ménagère au titre de l'aide sociale              | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |

### Adresse

Adresse actuelle du demandeur, lieu où il réside

.....  
.....  
.....  
.....

 .....

Adresse actuelle du conjoint (1)

.....  
.....  
.....  
.....

 .....

Adresse précédente (avant toute première entrée en foyer-logement, ou en maison de retraite, ou en famille d'accueil.)

.....  
.....  
.....  
.....

**RESSOURCES ET PATRIMOINE DU FOYER**

*(indiquer les montants en Euros)*

**RESSOURCES**

<i>Ressources annuelles</i>	Le demandeur	Le conjoint (1)
Retraites		
Allocations diverses ( <i>pension d'invalidité...</i> )		
Salaire ou bénéfice déclaré		
<b>TOTAL ANNUEL</b>		

**Biens mobiliers et épargne**

<i>Revenus</i>	<b>Capital</b>		<b>Intérêts perçus ou capitalisés</b>	
	Le demandeur	Le conjoint (1)	Le demandeur	Le conjoint (1)
Actions				
Obligations				
Gains de cession de valeurs immobilières				
<b>TOTAL ANNUEL</b>				

**Biens immobiliers**

<i>Revenus fonciers</i>	Le demandeur	Le conjoint (1)
Définition, nature du bien + adresse (maison, terrain, local professionnel ...)	Le demandeur	Le conjoint (1)
	.....	.....
	.....	.....
	.....	.....
	.....	.....
	.....	.....
	.....	.....
	.....	.....
	.....	.....

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DEMANDEUR

Notaire de la famille (nom, adresse)

.....  
.....  
.....  
.....

Je soussigné(e), agissant en mon nom propre / en ma qualité de représentant (3) de

.....  
certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus.

Fait à : .....

Le : .....

Signature du demandeur ou de son représentant :

---

1 – Il peut s'agir du conjoint, du concubin, ou de la personne avec laquelle le demandeur a conclu un pacte civil de solidarité.

2 – Cochez la ou les cases correspondantes.

3 – Rayer la mention inutile.

Les traitements relatifs à cette demande sont informatisés. Ils sont donc soumis aux dispositions de la Loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 qui protège les droits et libertés individuels.

Conformément à l'article 27 de cette loi les personnes auprès desquelles sont recueillies des informations nominatives sont informées que :

1. Toutes les réponses aux différents questionnaires sont obligatoires. Un défaut de réponse entraînera des retards ou une impossibilité dans l'instruction du dossier ;
2. Les destinataires des informations collectées sont exclusivement les administrations et organismes habilités à connaître des dossiers d'aide à domicile ou en établissement ;
3. En tout état de cause, les personnes concernées ont un droit d'accès et de rectification des informations nominatives stockées ou traitées informatiquement.

Pour l'exercice de ce droit, il convient de vous adresser selon la prestation dont vous bénéficierez, en justifiant de votre identité à :

Monsieur le Président du Conseil général  
Hôtel du Département  
13, rue Docteur Romieu – BP 216  
04003 DIGNE-LES-BAINS CEDEX

**Conseil général des Alpes de Haute-Provence  
Pôle Solidarités  
Service vieillesse handicap  
Place des Récollets  
04000 DIGNE-LES-BAINS  
Téléphone : 04.92.30.07.50 – Fax : 04.92.30.07.21**