

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^{er} 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 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





DIRECTION GÉNÉRALE ADJOINTE DE LA SOLIDARITÉ
DIRECTION DE L'AUTONOMIE
SERVICE ALLOCATIONS AUTONOMIE

DEMANDE d'Allocation Personnalisée d'Autonomie

NOM : _____

PRÉNOM : _____

APA Domicile

LE CONSEIL DÉPARTEMENTAL S'ENGAGE A VOS
CÔTÉS POUR AMÉLIORER VOTRE QUOTIDIEN
ET ACCOMPAGNER LA PERTE D'AUTONOMIE DES
PERSONNES AGÉES

Près de 29 % de la population du département est âgée de plus de 60 ans.
Cela représente près d'1 habitant sur 3. Parmi eux, 43% ont plus de 75 ans et 4% ont plus de 90 ans.
Cette évolution représente un véritable enjeu pour le Département.

En sa qualité de chef de file de la politique de l'autonomie dans les territoires et avant même l'entrée en vigueur de la Loi du 28 décembre 2015 relative à l'Adaptation de la Société au Vieillissement, le Conseil départemental du Tarn avait fait le choix d'anticiper les impacts du vieillissement et réfléchi à la place qu'il souhaite pour nos aînés dans la société.

L'habitat, l'urbanisme, les transports, les relations interpersonnelles, la façon dont le Conseil départemental accompagne les personnes fragilisées à domicile ou en établissement doivent être intégrés à cette réflexion.

Avoir l'autonomie pour objectif, c'est affirmer qu'une personne, même en situation de vulnérabilité, puisse rester actrice de sa vie, avoir le droit et la possibilité d'exercer ses propres choix.

L'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) est conçue pour aider à faire face à la perte d'autonomie.

A domicile comme en établissement, selon le degré d'autonomie et les ressources, l'APA qui peut vous être accordée n'est pas un complément de revenus, mais bien une allocation qui vous permet de financer des aides facilitant votre vie de tous les jours.

Vous accompagner dans votre projet de vie, mieux répondre à vos besoins, favoriser la liberté de choix de chacun dans un esprit de solidarité sont au cœur des priorités du Conseil départemental du Tarn.

Christophe RAMOND
Président du Conseil départemental du Tarn

APA Établissement

CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

N° DE DOSSIER : _____

PÔLE : _____

- Première demande
- Révision fin de droits
- Nouvelle demande
- Révision

PERSONNE DE CONFIANCE

(Personne que vous désignez et pouvant être jointe pour toute demande de renseignements complémentaires)

Nom : _____

Prénom : _____

Lien de parenté : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Courriel, si vous désirez qu'elle soit contactée par ce moyen _____

Souhaitez-vous que cette personne soit présente pour la visite d'évaluation à domicile ?

- oui non

Renseignements concernant les proches aidants du demandeur :

Des informations seront recueillies pendant la visite d'évaluation sur les personnes de votre famille ou de votre entourage amical ou de voisinage qui vous apportent une aide dans la vie quotidienne, que l'on dénommera « aidants ».

A - ÉTAT CIVIL

	DEMANDEUR	CONJOINT OU PARTENAIRE DE PACS OU CONCUBIN
NOM (nom marital pour les femmes mariées ou veuves)		
NOM de jeune fille		
Prénom		
Date et lieu de naissance		
Nationalité	<input type="checkbox"/> Française <input type="checkbox"/> Ressortissant de l'Union Européenne <input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Française <input type="checkbox"/> Ressortissant de l'Union Européenne <input type="checkbox"/> Autre
Situation familiale	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Veuf (ve) <input type="checkbox"/> PACS <input type="checkbox"/> Concubin <input type="checkbox"/> autre	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Veuf (ve) <input type="checkbox"/> PACS <input type="checkbox"/> Concubin <input type="checkbox"/> autre
COUVERTURE SOCIALE		
Organisme de Sécurité Sociale		
N° Sécurité Sociale	_____	_____
Régime de retraite principal		

B – ADRESSE

Votre adresse actuelle :

Code Postal : _____ Commune : _____

Etes-vous : propriétaire Locataire Usufruitier
 Autre : _____

Numéros de téléphone où il est possible de vous joindre :

Le cas échéant, s'agit-il (à ne remplir que si vous êtes concerné(e)) :

- d'un EHPAD
- d'une résidence autonomie

- du domicile d'un particulier accueillant à titre onéreux
 si oui, date de début d'accueil (joindre le contrat d'accueil) : _____

Dans ces trois cas, préciser votre précédente adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Adresse actuelle de votre conjoint, si différente de la vôtre :

Code Postal : _____ Commune : _____

Numéro de téléphone :

C – MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE

Faites-vous l'objet d'une mesure de protection juridique : non oui

Si oui, laquelle ? Mesure d'Accompagnement Social Personnalisé (MASP)
 Mesure d'Accompagnement Judiciaire (MAJ)
 Sauvegarde de justice
 Curatelle
 Tutelle

Joindre une copie de la décision de mise sous Protection Juridique

D – PATRIMOINE DU FOYER NON DÉCLARÉ SUR L'AVIS D'IMPOSITION OU DE NON-IMPOSITION

BIENS IMMOBILIERS (à l'exception de la résidence principale lorsqu'elle est occupée par le demandeur, son conjoint, son concubin ou PACS, ses enfants ou petits-enfants)	REVENUS SOUMIS A PRÉLÈVEMENT LIBÉRATOIRE (Art 125 A du Code Général des Impôts)
Nature et adresse	(bons du trésor, plus-values immobilières, assurances vie...)
	Demandeur
	Montant :
	Conjoint, concubin, pacs
	Montant :
	Total :

* **ATTENTION !** Compléter toutes les rubriques et joindre, le cas échéant, toutes les pièces justificatives ou porter la mention « NEANT » s'il y a lieu.

E – DEMANDE SIMPLIFIÉE D'UNE CARTE MOBILITÉ INCLUSION (CMI)

La carte mobilité inclusion (CMI) a pour but de faciliter la vie quotidienne des personnes en situation de handicap et de perte d'autonomie. Elle est accordée sous conditions et permet de bénéficier de certains droits. Elle remplace progressivement depuis le 1^{er} janvier 2017 les cartes d'invalidité, de priorité et de stationnement. Cette carte comporte une ou plusieurs mentions : invalidité, avec le cas échéant sous mention besoin d'accompagnement, priorité pour personnes handicapées ou stationnement pour personnes handicapées.

Le Département du TARN a mis en place un circuit d'instruction simplifié si vous demandez ou percevez déjà l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA).

Cette question sera abordée lors de la visite d'évaluation à domicile.

F – ALLOCATIONS ET AIDES : êtes-vous bénéficiaire de ?

La Majoration pour aide constante d'une Tierce Personne versée par la sécurité sociale ou une caisse de retraite (MTP)	<input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non	Montant mensuel :
La Prestation Complémentaire pour Recours à Tierce Personne (PC RTP)	<input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non	Montant mensuel :
L'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne versée par la sécurité sociale ou une caisse de retraite (ACTP)	<input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non	Montant mensuel :
L'Allocation Personnalisée d'Autonomie octroyée par un autre département que le Tarn	<input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non	Montant mensuel :
La Prestation de Compensation du Handicap (PCH)	<input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non	Montant mensuel :
L'aide-ménagère versée par votre caisse de retraite	<input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non	Nombre d'heures mensuelles :
L'aide-ménagère au titre de l'aide sociale départementale	<input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non	Nombre d'heures mensuelles :

Attention : Aucune de ces prestations n'est cumulable avec l'APA. A l'issue de l'instruction de votre demande d'APA, un choix vous sera proposé.

DISPOSITIONS RÈGLEMENTAIRES

« INFORMATIQUE ET LIBERTÉS »

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 son article 27, les personnes auprès desquelles sont recueillies des informations nominatives, sont informées que :

- toutes les réponses aux différents questionnaires sont obligatoires. Un défaut de réponse entraînera des retards ou une impossibilité dans l'instruction du dossier.
- les destinataires des informations collectées sont exclusivement les administrations et organismes habilités à prendre connaissance des dossiers d'aide à domicile.
- 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 bénéficiez, en justifiant de votre identité, à Monsieur le Président du Conseil départemental du TARN.

RÉCUPÉRATION

Aux termes de l'article L 232-19 du Code l'Action Sociale et des Familles, l'Allocation Personnalisée d'Autonomie ne fait l'objet d'aucun recours en récupération sur succession, donation ou legs, **hors récupérations d'indus ou recours contre l'assisté revenu à meilleure fortune.**

L'utilisation des sommes versées au titre de l'APA sera périodiquement contrôlée par les services du Département du Tarn, et des recouvrements pourront être effectués sur le montant d'APA qui n'aurait pas été utilisé conformément au plan d'aide préconisé par l'équipe médico-sociale.

VÉRIFICATION DES DÉCLARATIONS

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 (L 232.16 du code de l'action sociale et des familles).

FRAUDE ET FAUSSES DÉCLARATIONS

Toute fraude, fausse déclaration ou falsification de document, tentative de percevoir frauduleusement des prestations, une allocation, un paiement ou un avantage indu, s'expose aux peines prévues à l'article L441-6 du code pénal.

Je soussigné(e), certifie avoir pris connaissance des dispositions réglementaires concernant l'APA, et certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements déclarés sur la présente demande, notamment ceux relatifs aux biens immobiliers, mobiliers et capitaux.

J'autorise le Président du Conseil départemental du Tarn à solliciter auprès des administrations compétentes toute évaluation de mon patrimoine, notamment cadastral.

J'autorise le Département à transmettre mon dossier aux caisses de retraite, en cas de rejet de l'allocation personnalisée d'autonomie.

D'autre part, je m'engage à signaler immédiatement au Département du Tarn tout changement de situation.

A _____ le _____

Nom _____ Prénom _____ Qualité _____
(lien familial, représentant légal...)

Signature