



LE DÉPARTEMENT

DIRECTION DE L'AUTONOMIE

DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE EN ÉTABLISSEMENT

Le demandeur

☐

Madame

☐

Monsieur

NOM : PRÉNOM :

Adresse du dernier domicile ou de la dernière résidence avant l'admission dans l'établissement
(avec dates de début et de fin d'occupation) :

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

L'établissement d'accueil

Nom de l'établissement :

Adresse : N° : Rue :

Code postal : Ville :

Mail :

Ligne téléphonique directe (secrétariat) :

Date d'entrée dans la structure :

Liste des documents à joindre à votre demande :

- un justificatif d'état civil du demandeur et du conjoint le cas échéant (copie carte nationale d'identité, passeport ou livret de famille). Pour les ressortissants hors union européenne, une copie du titre de séjour en cours de validité.
- la copie intégrale du dernier avis d'imposition ou de non-imposition sur le revenu, et le cas échéant, celui du conjoint, concubin ou de la personne avec laquelle un pacte civil de solidarité (PACS) est conclu.
- la copie des derniers relevés de taxes foncières sur les propriétés bâties ou non bâties, le cas échéant, ceux du conjoint, concubin ou de la personne avec laquelle un pacte civil de solidarité (PACS) est conclu.
- un relevé personnel d'identité bancaire ou postal au nom du demandeur (cf page 3 : renseignements concernant le versement de l'APA)
- le bulletin d'entrée dans la structure qui sera fourni par l'établissement
- la grille AGGIR fournie par l'établissement

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE FOYER DU DEMANDEUR

	LE DEMANDEUR	LE CONJOINT, CONCUBIN, OU PACS
NOM DE NAISSANCE		
NOM MARITAL		
PRÉNOMS		
DATE ET LIEU DE NAISSANCE		
N° DE SÉCURITÉ SOCIALE	_____	_____
SITUATION DE FAMILLE marié(e), célibataire, veuf(ve), divorcé(e), concubin(e), pacsé(e). En cas de changement récent, préciser la date.		
EN ACTIVITÉ OU SI RETRAITÉ préciser la caisse de retraite principale		
ADRESSE MAIL PERSONNELLE (champ avec renseignement obligatoire)		

La demande ne sera pas prise en compte en l'absence de renseignement de l'intégralité des informations demandées dans le tableau

Préciser si votre conjoint est : ☐ à domicile ☐ en établissement

Coordonnées de la personne référente à contacter en cas d'urgence (enfant, parent, autre...) :

Nom : Prénom :

Adresse : N° : Rue :

Code postal : Ville :

Téléphone :

Adresse mail :

Lien de parenté avec le demandeur :

AIDES DONT VOUS BÉNÉFICIEZ ACTUELLEMENT (OU VOTRE CONJOINT, CONCUBIN, PACS)

Attention le demandeur ne peut en aucun cas cumuler cette aide avec l'APA

- ☐ Allocation compensatrice tierce personne
- ☐ Prestation de compensation du handicap
- ☐ Majoration pour aide constante d'une tierce personne (MTP)
- ☐ Prestation complémentaire pour recours à tierce personne

FAITES-VOUS L'OBJET D'UNE MESURE DE :

- ☐ Tutelle ☐ Curatelle ☐ Mesure d'accompagnement sociale ☐ Sauvegarde de justice

Nom et adresse du tuteur ou de l'association chargée de la gestion des biens :
(joindre une copie du jugement)

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

Téléphone :

Adresse mail :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE VERSEMENT DE L'APA

Pour les établissements du Var

L'Allocation Personnalisée d'Autonomie est versée directement à l'établissement sous forme de dotation globale.

Pour les établissements hors Var

L'Allocation Personnalisée d'Autonomie est versée directement au bénéficiaire (ou son représentant) ou à l'établissement d'accueil.

Préciser votre choix, versement : ☐ au demandeur (joindre 1 RIB) ☐ à l'établissement

Dans le cadre du décret du 6 juin 2025, 23 Départements expérimentent la fusion entre le forfait soin versé par l'ARS et le forfait dépendance APAE versé par les Départements .

Aussi, aucun versement d'APAE ne sera effectué par le Département du Var aux bénéficiaires résidant dans des établissements situés dans ces départements expérimentateurs.

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES REVENUS ET LE PATRIMOINE DU DEMANDEUR ET DE SON CONJOINT

DÉCLARATION DES RESSOURCES NE FIGURANT PAS SUR L'AVIS D'IMPOSITION OU DE NON IMPOSITION SUR LE REVENU

Revenus soumis aux prélèvements libératoires en application de l'article 125 A du code général des impôts.
Si néant le préciser.

DEMANDEUR	CONJOINT, CONCUBIN, PACS
.....	
.....	
.....	

BIENS IMMOBILIERS

Nature, adresse, et valeur locative apparaissant dans le dernier relevé de la taxe foncière sur les propriétés bâties et non bâties. Si néant le préciser.

DEMANDEUR	CONJOINT, CONCUBIN, PACS
.....	
.....	
.....	

BIENS MOBILIERS ET CAPITAUX NON PLACÉS (dont assurance vie)

Ne pas déclarer les capitaux versés, y compris ceux exonérés d'impôts (livret A, livret de développement durable, plan d'épargne logement, plan d'épargne en actions), qui ne constituent pas du patrimoine dormant. En revanche, la valeur des contrats d'assurance-vie, qui relèvent du patrimoine dormant, doit être déclarée. Si néant le préciser.

DEMANDEUR	CONJOINT, CONCUBIN, PACS
.....	
.....	
.....	

INFORMATIONS RELATIVES AUX DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL DU DEMANDEUR ET DE SON CONJOINT

Les administrations fiscales sont habilitées à communiquer aux services du Conseil départemental les renseignements qu'ils détiennent et nécessaires à l'instruction de cette demande d'aide.

Conformément aux articles L. 1110-4 et L. 1110-12 du code de la santé publique, les données de santé vous concernant et strictement nécessaires à votre prise en charge, peuvent avec votre consentement être partagées ou échangées entre professionnels de l'équipe médico-sociale du département et les équipes de soins autorisées à recevoir ces données.

Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), les données personnelles collectées via ce formulaire feront l'objet d'un traitement informatisé destiné aux services compétents du Département du Var pour le traitement de votre demande.

Ces informations peuvent également être communiquées aux partenaires du Département, uniquement si leur intervention est nécessaire et strictement limitée aux données requises pour l'exercice des missions qui leur sont confiées.

Les données sont conservées pour une durée maximale de 6 ans, à compter de la cessation des droits du demandeur. Conformément aux articles 15 à 23 du RGPD, le demandeur dispose d'un droit d'accès et de rectification des informations le concernant. Il dispose aussi du droit de limiter le traitement de ses données dans les conditions prévues par le RGPD.

Pour toute information, accès ou rectification des données vous concernant, vous pouvez adresser une réclamation auprès du : **Conseil départemental du Var - Direction de l'Autonomie - 412, rue Jean Aicard - 83015 Draguignan - Tél. 04 83 95 00 00**

Une copie des données à caractère personnel peut être délivrée à la demande de la personne ou de son représentant. Toutefois, le Département pourra s'opposer aux demandes manifestement abusives, notamment par leur nombre, leur caractère répétitif ou systématique.

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

☐

Madame

☐

Monsieur

Nom : Prénom :

Agissant : ☐ en mon nom propre ☐ en qualité de représentant légal de :

certifie exacts et complets les renseignements fournis dans le cadre de cette demande. Un défaut de réponse entraînera des retards ou une impossibilité dans l'instruction du dossier.

Je m'engage à fournir toutes les pièces justificatives qui me seraient demandées et à signaler tout changement de situation personnelle ou patrimoniale.

J'atteste avoir pris connaissance des sanctions prévues par l'article 22 de la loi n°68690 du 31 juillet 1968 en cas de fausses déclarations. Toute fraude ou fausse déclaration entraîne des poursuites judiciaires, l'application des peines prévues par l'article 405 du Code pénal et le recouvrement des prestations indûment perçues.

Fait à le

Signature du demandeur ou de son représentant

Dossier transmis par :

le : cachet de l'organisme