

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'utilisateur 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'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes sincères salutations.

Docteur Lina Bougrini
Fondatrice de Click&Care



CONJOINT/CONCUBIN ou PACS

Mme M. Nom : Nom de jeune fille :

Prénom : Né(é) le : A.

N° sécurité sociale : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Le conjoint réside-t-il en établissement pour personnes âgées ? Oui Non

Lieu de résidence actuelle **si différente** de celle du demandeur :

PROTECTION JURIDIQUE DU DEMANDEUR

Type de protection juridique : Sauvegarde de justice Curatelle Tutelle Aucune

Mme M. Nom et prénom du représentant légal ou organisme de tutelle:

Téléphone : Email :

PERSONNE REFERENTE (personne à joindre en cas de besoin)

Mme M. Nom et prénom du référent :

Lien avec le demandeur :

Bâtiment : N° d'appartement : Escalier :

Code postal : Commune :

Téléphone : Email :

PROCHES AIDANTS DU DEMANDEUR

Sont « aidants » les personnes de votre entourage (famille, amis, voisins etc.) qui vous apportent une aide dans la vie quotidienne.

Nom et prénom de l'aidant	Age	Lien avec le demandeur	Lieu de résidence	Nature de l'aide apportée (ex : accompagnement dans les déplacements, aide aux repas etc...)	Fréquence	Durée de l'aide en heures
<u>Aidant 1</u>					<input type="checkbox"/> Tous les jours <input type="checkbox"/> Plusieurs fois par semaine <input type="checkbox"/> Une fois par semaine <input type="checkbox"/> Moins d'une fois par semaine	
<u>Aidant 2</u>					<input type="checkbox"/> Tous les jours <input type="checkbox"/> Plusieurs fois par semaine <input type="checkbox"/> Une fois par semaine <input type="checkbox"/> Moins d'une fois par semaine	
<u>Aidant 3</u>					<input type="checkbox"/> Tous les jours <input type="checkbox"/> Plusieurs fois par semaine <input type="checkbox"/> Une fois par semaine <input type="checkbox"/> Moins d'une fois par semaine	

ALLOCATIONS

Percevez-vous :

Prestation de Compensation du Handicap (PCH)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Aide Ménagère Départementale	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Aide Ménagère d'un Régime de Retraite	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Majoration pour Tierce Personne (MTP)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Prestation complémentaire de recours à une tierce personne (PC RTP)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

REVENUS ET PATRIMOINE DU DEMANDEUR ET DU CONJOINT/CONCUBIN/PERSONNE AVEC LAQUELLE IL A CONCLU UN PACTE CIVIL DE SOLIDARITE

RESSOURCES ANNUELLES

Ressources annuelles	Du demandeur	Du conjoint/concubin/personne avec laquelle il a conclu un PACS
Pensions de retraite y compris retraites complémentaires (sauf ASPA)		
Salaires ou bénéfices déclarés		
Revenus soumis au prélèvement libératoire		
Capitaux mobiliers et capitaux non placés (dont assurance-vie)		
TOTAL ANNUEL		

BIEN IMMOBILIERS

Concernant votre résidence principale, êtes-vous ?

Propriétaire Locataire Occupant à titre gratuit

Propriétés bâties	Adresse	Compléments (Bât, N° appart, Esc etc...)	Code Postal	Ville	Valeur locative (voir taxe foncière)
Résidence principale					
Résidence(s) secondaire (s)					
Propriétés non bâties					

DEMANDE SIMPLIFIEE D'UNE CARTE MOBILITE INCLUSION (CMI)

Souhaitez-vous demander la CMI mention « invalidité » ou « priorité » ? oui non

Souhaitez-vous demander la CMI mention « stationnement pour personnes handicapées » ? oui non

Si l'Allocation Personnalisée d'Autonomie vous est accordée au titre du GIR 1 ou 2, vous pouvez bénéficier grâce à cette demande, à titre définitif, de la carte mobilité inclusion (CMI) comportant les mentions « invalidité » et « stationnement pour personnes handicapées ». Dans tous les autres cas, vos demandes seront évaluées par l'évaluateur médico-social.

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e), Mme M. agissant :

en mon nom propre

en ma qualité de représentant légal de Mme M.....

certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus. Je suis informé(e) que toute fausse déclaration ou falsification de document, toute obtention usurpée d'un droit, m'expose à des sanctions pénales et financières en application de la loi, ainsi que, le cas échéant, à la récupération par le Département des sommes indûment perçues.

Fait le à Signature

Dispositions relatives à la loi du 6 janvier 1978

Les traitements relatifs à cette demande sont informatisés. Ils sont donc soumis aux dispositions de la Loi "Informatique et Liberté" du 6 janvier 1978, modifiée en 2004, qui protège les droits et libertés individuels.

Toute personne peut obtenir communication et, le cas échéant, rectification ou suppression des informations la concernant, en adressant un courrier à Monsieur le Président du Conseil départemental de la Seine-Saint-Denis, 93006 Bobigny Cedex.

PIECES OBLIGATOIRES A JOINDRE AU DOSSIER

- Justificatif d'identité et de nationalité :**
 - photocopie de la carte nationale d'identité ou d'un passeport de l'Union Européenne
 - ou un extrait d'acte de naissance
 - ou photocopie du livret de famille
 - ou photocopie du titre de séjour ou de la carte de résidence en cours de validité

- Photocopie complète du dernier avis d'imposition ou de non-imposition sur le revenu,**

- Toute pièce justificative des biens ou capitaux du patrimoine dormant (photocopie du dernier relevé de la taxe foncière sur les propriétés bâties et sur les propriétés non bâties si vous, votre conjoint, votre concubin, ou la personne avec laquelle vous avez conclu un pacte civil de solidarité êtes propriétaires de biens immobiliers ; relevé annuel d'assurance vie etc.)

- Relevé d'Identité Bancaire ou Postal au nom du demandeur**

PIECES COMPLEMENTAIRES A JOINDRE AU DOSSIER

Pour les personnes accueillies en établissement :

- L'arrêté de tarification à demander à la Direction de l'établissement
- Le bulletin de présence mentionnant la date d'entrée
- Le bulletin GIR établi par le médecin coordinateur

Pour les personnes hébergées chez un proche :

- Un certificat d'hébergement
- La photocopie de la pièce d'identité de l'hébergeant

Pour les demandeurs bénéficiant d'une mesure de protection juridique :

- Photocopie du jugement concernant la mesure de protection (curatelle/tutelle)

Tout dossier incomplet et non signé ne pourra pas être instruit.