

## **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<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'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes sincères salutations.

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





DEMANDEAIDESOCIALE		Cadre réservé au Conseil départemental	
Cachet d'arrivée DGCD-PGCA		N° dossier ASG : N° de foyer :	

## DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE (APA)

pour les personnes âgées de 60 ans et plus (cf. liste des pièces à fournir en page 4)

<input type="checkbox"/> <b>A DOMICILE</b>	ou	<input type="checkbox"/> <b>EN ETABLISSEMENT</b> pour vos frais de dépendance  Bénéficiez-vous par ailleurs de l'aide sociale à l'hébergement ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si non, avez-vous déposé une demande d'aide sociale à l'hébergement ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Nom et prénom : _____		
Vous êtes <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> marié(e) <input type="checkbox"/> pacsé(e) <input type="checkbox"/> union libre <input type="checkbox"/> veuf(ve) <input type="checkbox"/> séparé(e) <input type="checkbox"/> divorcé(e) Depuis le ____/____/____ (à compléter obligatoirement)		



### ADRESSES DU DEMANDEUR

**ADRESSE ACTUELLE**

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

**Date d'arrivée à cette adresse (à compléter obligatoirement)** ..... / ..... / .....

: .....

@ : .....

**Préciser s'il s'agit :**

de votre domicile personnel  
 Préciser si vous êtes :  
 propriétaire  locataire  
 hébergé(e) chez : .....

ou  d'une résidence autonomie (\*)  
 ou  d'une famille d'accueil agréée (\*)  
 ou  d'un établissement (\*) (EHPAD, maison de retraite)

**(\*) Indiquer ci-contre l'adresse du domicile antérieur (à compléter obligatoirement)**

**ADRESSES PRECEDENTES :**

**A compléter obligatoirement si vous avez changé d'adresse depuis moins de 3 mois ou si vous êtes hébergé(e) en résidence autonomie, en famille d'accueil agréée ou en établissement(\*)**

.....  
 .....

Date d'arrivée (à compléter) : ..... / ..... / .....

Date de départ (à compléter) : ..... / ..... / .....

.....  
 .....

Date d'arrivée (à compléter) : ..... / ..... / .....

Date de départ (à compléter) : ..... / ..... / .....

.....  
 .....

Date d'arrivée (à compléter) : ..... / ..... / .....

Date de départ (à compléter) : ..... / ..... / .....

**ETAT CIVIL**

	Le demandeur	Le conjoint(e) / concubin(e) / partenaire de Pacs
Nom d'usage ou marital		
Nom de naissance		
Prénom(s)		
Date et lieu de naissance		
Nationalité	<input type="checkbox"/> française <input type="checkbox"/> Union européenne <input type="checkbox"/> autre nationalité	<input type="checkbox"/> française <input type="checkbox"/> Union européenne <input type="checkbox"/> autre nationalité
Régime de retraite principal		
N° de sécurité sociale		
<b>Relevez-vous d'un régime d'assurance maladie obligatoire de la Confédération suisse, ou d'un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'Espace économique européen, autre que la France ?</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
<b>Préciser si votre conjoint(e), concubin(e) ou partenaire de Pacs réside :</b> <input type="checkbox"/> à votre domicile <input type="checkbox"/> en structure hébergement S'il ne réside pas à votre domicile, indiquer ses coordonnées : ..... Adresse : ..... .....@		

**VOS REFERENTS ADMINISTRATIFS ET MEDICAUX****FAITES-VOUS L'OBJET D'UNE MESURE DE PROTECTION** oui  non  en coursSi oui, quel type ?  sauvegarde de justice  curatelle  tutelle

Nom et prénom du représentant légal : .....

Adresse : .....

.....@

**NOM ET PRENOM DE VOTRE MEDECIN TRAITANT :** .....

Adresse : .....

.....@

**NOM ET PRENOM DE LA PERSONNE REFERENTE A CONTACTER POUR LA VISITE D'EVALUATION :**

Nom et prénom : .....

Adresse : .....

Lien avec vous-même .....@

**NOM ET PRENOM DE LA PERSONNE DESTINATAIRE DE VOTRE COURRIER :** .....

Adresse : .....

Lien avec vous-même .....@

**PROCHE AIDANT : (facultatif)** Ce paragraphe vise à apporter les premières informations sur le (ou les) personne(s) de votre famille ou de votre entourage avec laquelle vous avez des liens étroits et stables et qui vous apporte régulièrement et fréquemment une aide dans la vie quotidienne. Ce proche ne doit pas intervenir auprès de vous à titre professionnel.

Nom et prénom ..... Age : .....

Adresse : .....

.....@

Nature de votre lien (enfant, conjoint, ami, voisin) .....

Nature de l'aide apportée (accompagnement à l'extérieur, courses...)

 **AUTRES AIDES PERÇUES non cumulables avec l'APA** (à compléter obligatoirement)

Aides	MONTANT	DATE DE FIN
Majoration pour aide constante d'une tierce personne	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	...../...../.....
La prestation complémentaire pour recours à tierce personne	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	...../...../.....
Allocation compensatrice pour tierce personne	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	...../...../.....
Prestation de compensation du handicap	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	...../...../.....
Aide ménagère au titre de l'aide sociale départementale	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	...../...../.....
Aide ménagère prise en charge par la caisse de retraite	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	...../...../.....

 **PATRIMOINE DU FOYER**

► **BIENS IMMOBILIERS DU FOYER (MONSIEUR ET MADAME)**

Je déclare, ainsi que mon conjoint, concubin ou partenaire de Pacs, posséder les biens immobiliers suivants :

Votre résidence principale			
Adresse..... .....		<input type="checkbox"/> occupée par : ..... <input type="checkbox"/> louée <input type="checkbox"/> libre Si ce bien est en indivision, préciser le nombre de propriétaires :	
Vos autres biens immobiliers			
Adresse du bien	Nature du bien (maison, terrain, appartement...)	Nombre de propriétaires si le bien est en indivision	Location
			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
			....

Je déclare, ainsi que mon conjoint, concubin ou partenaire de Pacs le cas échéant, ne posséder aucun patrimoine immobilier

► **BIENS MOBILIERS ET EPARGNE DU FOYER (MONSIEUR ET MADAME)**

Je déclare, ainsi que mon conjoint, concubin ou partenaire de Pacs le cas échéant, posséder des biens mobiliers et/ou d'épargne : dans ce cas, **remplir le tableau joint en annexe**

Je déclare, ainsi que mon conjoint, concubin ou partenaire de Pacs le cas échéant, ne posséder aucun placement financier



**En complément de votre demande d'APA souhaitez-vous solliciter le bénéfice de la Carte Mobilité Inclusion ? (CMI). Si oui, souhaitez-vous la CMI avec la mention :**

Priorité  oui  non

Stationnement  oui  non

Invalidité  oui  non

Un certificat médical de moins de 6 mois est obligatoire (CM de la MDPH ou CM fourni dans le cadre de l'APA) pour toute demande de CMI et facultatif (bien que souhaité) pour une demande d'APA.

Pour plus d'information sur la CMI consulter le site du Conseil départemental /Solidarité /Personnes âgées.

**RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES (hors informations médicales) : .....**

**J'ATTESTE SUR L'HONNEUR QUE :**

- les renseignements portés sur ce document sont exacts,
- je m'engage à informer l'organisme qui a constitué la demande ou le Conseil départemental concerné de toute modification de ma situation ainsi que celle des personnes vivant au foyer et à faciliter toute enquête,
- j'accepte, dans le cadre d'une demande qui nécessite une coordination éventuelle avec d'autres financeurs, que les éléments de ce dossier soient communiqués aux gestionnaires de ces prestations.

**LU ET APPROUVE, le .....** **Signature du demandeur ou de son représentant légal**  
*(Nom – Prénom en toutes lettres)*

Conformément à la Loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 : les renseignements portés sur ce formulaire font l'objet d'un traitement informatique. Vous pouvez obtenir communication de ces informations et, le cas échéant, obtenir leur rectification, sur présentation d'une pièce d'identité, en vous adressant au service où vous avez déposé votre demande ou directement au Conseil départemental des Yvelines - Direction Gestion et Contrôle des Dispositifs - Pôle Gestion et Contrôle des Aides - 2, place André Mignot 78012 Versailles Cedex.

**ENVOI DU DOSSIER AVEC LES JUSTIFICATIFS**

**Pour les personnes résidant à domicile dans les Yvelines**, le dossier peut être envoyé au Centre Communal d'Action Sociale (C.C.A.S.) de la mairie du lieu de résidence ou directement au Conseil départemental des Yvelines – Direction Gestion et Contrôle des Dispositifs - Pôle Gestion et Contrôle des Aides - 2, place André Mignot 78012 VERSAILLES Cedex.

**Pour les personnes accueillies en établissement** (E.H.P.A.D., maison de retraite, résidence autonomie,...) ou en famille d'accueil agréée, **qui, avant leur entrée, étaient domiciliées depuis plus de 3 mois :**

- **dans un département autre que les Yvelines :** envoyer directement le dossier au Conseil départemental de cet autre département

- **dans le département des Yvelines :** le dossier est à envoyer au Centre Communal d'Action Sociale (C.C.A.S.) de la mairie du lieu de résidence privée avant l'entrée en établissement ou directement au Conseil départemental des Yvelines - Direction Gestion et Contrôle des Dispositifs - Pôle Gestion et Contrôle des Aides - 2 place André Mignot 78012 VERSAILLES Cedex

- copie carte nationale d'identité ou passeport de la Communauté Européenne
- pour les personnes de nationalité étrangère, hors Communauté Européenne : copie **recto verso** du titre de séjour en cours de validité
- copie du **dernier avis d'impôt sur les revenus** du demandeur (toutes les pages) et le cas échéant de son conjoint, de son concubin ou de son partenaire de Pacs ou celui sur lequel le demandeur figure à charge
- justificatifs de vos pensions de retraites personnelles et de réversion actuelles en cas de changement de situation familiale au moment de la demande
- tableau des capitaux mobiliers ci-joint
- pour les propriétaires, copie de l'avis d'impôt (toutes les pages) concernant la taxe foncière de chaque bien immobilier
- relevé d'identité bancaire/IBAN **au nom et prénom du demandeur**
- pour l'APA à domicile :** le certificat médical d'appui à votre demande d'APA, complété par le médecin traitant, **est facultatif (bien que souhaité)** et peut être joint au dossier sous pli cacheté
- pour l'APA en établissement hors Yvelines :** arrêté de tarification des forfaits dépendance de l'année en cours, délivré par l'établissement d'accueil
- pour la CMI :** un certificat médical de moins de 6 mois, complété par le médecin traitant **est obligatoire**