

## LISTE DES PIÈCES JUSTIFICATIVES À JOINDRE AU DOSSIER DE DEMANDE

- La photocopie du livret de famille ou de la carte nationale d'identité ou d'un passeport de la Communauté européenne ou un extrait d'acte de naissance ou s'il s'agit d'un demandeur de nationalité étrangère, la photocopie de la carte de résidence ou du titre de séjour (uniquement pour la première demande).
- La photocopie recto/verso du dernier avis d'imposition ou de non imposition à l'impôt sur le revenu.
- La photocopie du dernier relevé de taxe foncière sur les propriétés bâties et sur les propriétés non bâties, à défaut copie du relevé cadastral des biens concernés (même en cas d'usufruit, ou d'indivision).
- Un relevé d'identité bancaire ou postal (uniquement pour la première demande).

### ATTENTION :

- Pour demande d'ADPA à domicile, un certificat médical de votre médecin traitant selon le modèle joint pour l'ADPA à domicile.
- Pour demande d'ADPA en établissement : joindre la grille AGGIR fournie par l'établissement telle qu'elle résulte du dernier contrôle ayant permis la validation GIRMP de la structure, ou à défaut copie de la grille établie au moment de l'entrée dans l'établissement.

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_  
agissant  en mon nom propre  en ma qualité de représentant de \_\_\_\_\_  
certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus.

Fait le : \_\_\_\_\_ Signature obligatoire : \_\_\_\_\_  
À : \_\_\_\_\_

Application de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés

Les informations contenues sur ce formulaire peuvent être traitées au moyen de l'informatique sous le contrôle de la Délégation de la vie sociale et du Conseil général de la Savoie. Vous pouvez exercer vos droits d'accès à ces informations et demander leur correction si elles sont inexactes, conformément aux modalités prévues par la loi. 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.



Vie sociale



ADPA

# Demande d'Allocation

## Allocation Départementale Personnalisée d'Autonomie

Loi 2001-647 du 20 juillet 2001 - Loi 2003 - 289 du 31 mars 2003

### 1\* ÉTAT CIVIL DE LA PERSONNE ÂGÉE DEMANDANT L'ADPA

NOM d'épouse : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

NOM de jeune fille : \_\_\_\_\_

Adresse de résidence actuelle : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Code postal [ ][ ][ ][ ][ ][ ] Ville : \_\_\_\_\_ Tél. [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

### 2\* PERSONNE À CONTACTER

Lien de parenté : \_\_\_\_\_

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Code postal [ ][ ][ ][ ][ ][ ] Ville : \_\_\_\_\_ Tél. [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

### 3\* ALLOCATION DEMANDÉE

1<sup>ère</sup> demande  Renouvellement

À domicile  En établissement

À RETOURNER À :

**Monsieur le Président du Conseil général**  
Délégation générale à la vie sociale  
Délégation départementale personnes âgées  
personnes handicapées  
Carré Curial • Place François Mitterrand  
BP 1804 • 73018 CHAMBÉRY cedex

ADPA



Cadre réservé à l'administration

DATE D'ARRIVÉE

DATE DE DOSSIER RECONNU COMPLET

N° DOSSIER

> Prière de renseigner toutes les cases, mettre néant si vous n'êtes pas concerné(e).

## 4\* RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DEMANDEUR (1) ET LE CONJOINT (2)

	Vous	Votre conjoint
<b>NOM</b> (marital pour les femmes)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>NOM de naissance</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Prénom(s)</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Date et lieu de naissance</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>N° de sécurité sociale</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Nationalité</b>	<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
<b>Situation de famille</b>	<input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Concubin(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> PACS <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Veuf(ve)	<input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Concubin(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> PACS <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Veuf(ve)
<b>Régime de retraite principal</b> <small>(ce régime correspond à celui pour lequel la durée de cotisation est la plus longue)</small>	<input type="checkbox"/> CARSAT <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> AVA <input type="checkbox"/> ORGANIC <input type="checkbox"/> Autres, lequel : <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> CRAM <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> AVA <input type="checkbox"/> ORGANIC <input type="checkbox"/> Autres, lequel : <input type="text"/>

Si votre lieu de résidence actuelle est un établissement ou une famille d'accueil, veuillez cocher l'une des cases suivantes :

Un établissement d'hébergement pour personnes âgées - Date d'entrée

Nom de l'établissement : \_\_\_\_\_ Service : \_\_\_\_\_

Le domicile d'une famille accueillant à titre onéreux dans le cadre de la loi du 10 juillet 1989

Date de début d'accueil

Adresse du domicile avant l'hébergement en établissement, en famille d'accueil ou en logement foyer :

Bâtiment : \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Rue : \_\_\_\_\_

Code postal  Ville : \_\_\_\_\_

Lieu de résidence du conjoint, si différent du demandeur :

Bâtiment : \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Rue : \_\_\_\_\_

Code postal  Ville : \_\_\_\_\_

Mentionner le cas échéant l'existence d'une mesure de protection juridique\* :

Sauvegarde de justice       Tutelle       Curatelle

Coordonnées du tuteur ou de l'association chargé de la mesure :

NOM : \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal  Ville : \_\_\_\_\_ Tél.

\* Joindre le jugement de tutelle ou de curatelle.

## 5\* RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PATRIMOINE DU DEMANDEUR ET DU CONJOINT

Ces éléments permettront de calculer la participation éventuelle du bénéficiaire

### Biens immobiliers

RÉSIDENCE PRINCIPALE : Vous êtes :  Propriétaire       Locataire  
 Usfruitier       En indivision

Votre résidence principale est-elle occupée par :  Vous même ou votre conjoint     Vos enfants ou vos petits-enfants

### AUTRES BIENS

Nature	Biens loués	Biens non loués
	Montant brut annuel des loyers ou fermages	Valeur locative
<input type="text"/>	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €
<input type="text"/>	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €
<input type="text"/>	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €
<input type="text"/>	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €
<input type="text"/>	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €
<input type="text"/>	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €

\* La valeur locative figure sur l'avis des taxes foncières (base sur laquelle les différents taux sont appliqués) ou sur le relevé cadastral.

## 6\* VOUS BÉNÉFICIEZ DE :

	Vous	Votre conjoint
Allocation servies par le Conseil général		
L'allocation compensatrice pour l'aide d'une tierce personne - Montant mensuel	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="text"/> €	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="text"/> €
Prestation de compensation du handicap	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="text"/> €	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="text"/> €
La prestation spécifique dépendance Montant mensuel	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="text"/> €	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="text"/> €
L'aide ménagère au titre de l'aide sociale	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
L'allocation représentative de services ménagers	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Allocations servies par les caisses de retraite		
L'aide ménagère - Si oui, précisez la caisse de retraite	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="text"/>
La majoration tierce personne - Montant mensuel	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="text"/> €	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="text"/> €
Allocation servie soit par le Conseil général, soit par les caisses de retraite		
La prestation expérimentale dépendance Montant	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="text"/> €	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="text"/> €

ATTENTION, l'ADPA n'est pas cumulable avec les aides mentionnées ci-dessus.

(1) Le demandeur désigne la personne âgée elle-même.

(2) Il peut s'agir de l'époux(se), du concubin ou de la personne avec laquelle le demandeur a conclu un pacte civil de solidarité (pacs).