



## 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).