



Je soussigné(e)
agissant en mon nom propre / en ma qualité de représentant légal de
..... ,

- certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus ;
- certifie avoir pris connaissance des conséquences de la demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie, décrites ci-après :
 - pour vérifier les déclarations des intéressés, le Conseil départemental chargé de l'évaluation des droits peut demander toutes pièces justificatives à l'intéressé(e), ainsi que toutes les informations nécessaires aux administrations publiques, notamment aux administrations fiscales, aux collectivités territoriales, aux organismes de sécurité sociale et de retraite complémentaire qui sont tenus de les leur communiquer (article L 232-16 du Code de l'action sociale et des familles) ;
 - sans préjudice des actions en recouvrement des sommes indûment versées, le fait d'avoir frauduleusement perçu l'Allocation Personnalisée d'Autonomie est puni des peines prévues par les articles 313-1 à 313-3 du Code Pénal (article L 232-27 du Code de l'action sociale et des familles) ;
 - toutes les réponses aux différents questionnaires sont obligatoires. Un défaut de réponse entraîne des retards ou une impossibilité dans l'instruction du dossier.
- en cas d'octroi de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie en établissement, je prends acte que le Conseil départemental verse l'allocation personnalisée d'autonomie attribuée directement à l'établissement d'hébergement.

Fait à..... le Signature du demandeur
ou du représentant légal

À adresser à
Monsieur le Président du Conseil départemental de la Haute-Garonne
DIRECTION SÉNIORS PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP
ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE
1, boulevard de la Marquette
31090 TOULOUSE cedex 9

Contact :
DSPH-PA@CD31.FR

LES RESSOURCES ET LE PATRIMOINE DU DEMANDEUR

Si le demandeur est propriétaire de biens immobiliers (maison, appartement, terrain) qui ne sont pas mis en location,
JOINDRE UNE PHOTOCOPIE DU DERNIER AVIS DE TAXE FONCIÈRE CORRESPONDANT À CHACUN DE CES BIENS

Statut :

☐ Occupée par le demandeur et/ou son conjoint(e), ses enfants ou petits-enfants

☐ Louée

LISTE DES BIENS MOBILIERS	
ADRESSE	EN LOCATION
.....	☐ oui ☐ non
.....	☐ oui ☐ non
.....	☐ oui ☐ non

Si le demandeur et/ou son conjoint (mariage, PACS, concubinage) possède des biens mobiliers et des capitaux non placés de valeur, les déclarer dans le tableau suivant en précisant leur montant ou leur valeur estimée. (Exemples : oeuvres d'art de collection, voitures de luxe...)

Joindre si nécessaire une liste complémentaire sur papier libre.

LISTE DES BIENS MOBILIERS ET DES CAPITAUX NON PLACÉS	
NATURE	MONTANT / VALEUR ESTIMÉE
.....	 €
.....	 €
.....	 €

À RENSEIGNER OBLIGATOIREMENT

COORDONNÉES DU MÉDECIN TRAITANT	
NOM	Prénom
Téléphone	Adresse courriel@.....
Adresse	
.....	
FAITES-VOUS L'OBJET D'UNE MESURE DE PROTECTION (joindre copie du jugement)	
☐ Sauvegarde de justice	☐ Curatelle
☐ Tutelle	☐ Mesure d'Accompagnement Judiciaire
☐ Habilitation familiale (article 494 du Code civil)	
Nom et adresse du tuteur ou du service tutélaire	
.....	
Téléphone fixe	Téléphone mobile
Adresse courriel	@

AIDES DONT VOUS BÉNÉFICIEZ ACTUELLEMENT

Aide ménagère au titre de l'aide sociale ☐ oui ☐ non

Allocation Compensatrice Tierce Personne (A.C.T.P.) ☐ oui ☐ non

Date de première attribution

dans quel département

Aide ménagère au titre d'une Caisse de retraite ☐ oui ☐ non

Si oui, préciser le nom de la Caisse de retraite

Prestation de Compensation du Handicap (P.C.H.) ☐ oui ☐ non

Date de première attribution

dans quel département

Majoration pour tierce personne ☐ oui ☐ non

Si oui, préciser le nom de la Caisse

Prestation complémentaire pour recours à tierce personne ☐ oui ☐ non

Si oui, préciser le nom de la Caisse

Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) ☐ oui ☐ non

Si oui, dans quel département

Attention : l'Allocation Personnalisée d'Autonomie n'est cumulable avec aucune de ces prestations.

À RENSEIGNER OBLIGATOIREMENT

COORDONNÉES DES PERSONNES RÉFÉRENTES

Personnes référentes à contacter **pour la visite à domicile ou en cas d'urgence :**

NOM Prénom

Adresse

éléphone Lien de parenté éventuel

Adresse courriel @

NOM Prénom

Adresse

Téléphone Lien de parenté éventuel

Adresse courriel @

NB : Vous devez nous communiquer toute modification soit par courrier ou par mail, voir contact en dernière page.

DEMANDE SIMPLIFIÉE D'UNE CARTE MOBILITÉ INCLUSION (CMI)

☐ Je sollicite la carte mobilité inclusion mention Invalidité ou Priorité

☐ Je sollicite la carte mobilité inclusion mention Stationnement

☐ Je sollicite le renouvellement de ma carte mobilité inclusion (mention Invalidité, Priorité ou Stationnement)

Vous avez déjà une carte mobilité inclusion (mention Invalidité, Priorité ou Stationnement) en cours de validité, vous pouvez vous en servir jusqu'à sa date d'expiration et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2026.

PRÉCISIONS RELATIVES AU CLASSEMENT DANS UN GROUPE ISO-RESSOURCES (GIR)

- Si vous êtes bénéficiaire de l'APA au titre du **GIR 1 ou 2**, vous pourrez bénéficier sans autre condition et à **titre définitif** de la carte mobilité inclusion comportant les mentions **Invalidité ou Stationnement** pour personnes handicapées.
- Si vous êtes bénéficiaire de l'APA au titre du **GIR 3 ou 4**, des pièces complémentaires pourront le cas échéant vous être demandées en fonction de votre degré de dépendance.