

DEMANDE SIMPLIFIÉE D'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE EN ÉTABLISSEMENT

(À adresser à la MDA dans les 2 mois suivant l'entrée en établissement)

ÉTAT CIVIL ET DOMICILE

Nom et prénom :

.....

Date de naissance :

Situation familiale :

Nom et adresse de l'EHPAD où vous séjournez actuellement :

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

Date d'entrée dans l'EHPAD :

Votre degré de perte d'autonomie (établi par le médecin de l'EHPAD) : ☐ GIR 4 ☐ GIR 3 ☐ GIR 2 ☐ GIR 1

Adresse du demandeur dans les 3 mois précédant l'entrée en établissement (*autres qu'une résidence autonomie (foyer logement) ou un EHPAD (obligatoire pour déterminer le département compétent)*) :

Dates	Adresses complètes (nom de la commune et du département)
Du au	
Du au	

RESSOURCES

Ressources mensuelles (cochez la case correspondante)	Modalité de versement de l'allocation personnalisée d'autonomie - APA
<input type="checkbox"/> Vos ressources mensuelles sont inférieures à 2 486,90€	Vous ne recevrez pas de décision individuelle relative à l'APA. Vous n'aurez à régler que le tarif hébergement et le ticket modérateur de l'établissement
<input type="checkbox"/> Vos ressources mensuelles sont supérieures à 2 486,90 €	Vous recevrez une décision individuelle relative à l'APA indiquant le montant versé par le Département. L'EHPAD vous facturera la totalité du coût du séjour (hébergement + dépendance)

Joindre impérativement :

- Copie du livret de famille ou de la carte d'identité ou extrait d'acte de naissance
- Copie de l'avis d'imposition 2020 sur les revenus 2019, dans son intégralité,
- Copie des taxes foncières 2020, dans son intégralité, ou attestation ci-jointe,
- La fiche « relevé de capitaux d'assurance vie », complétée par les banques et les organismes assuranciers, le cas échéant copie du relevé annuel de chaque contrat d'assurance vie
- Relevé d'Identité bancaire ou postal
- La grille GIR fournie par l'EHPAD

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Etes-vous bénéficiaire :

- ☐ de la MTP (Majoration pour tierce personne)
- ☐ de la PCH (Prestation de compensation du handicap)
- ☐ de l'ACTP (Allocation compensatrice pour tierce personne)
- ☐ de la PC RTP (Prestation complémentaire pour recours à une tierce personne)

Je certifie sur l'honneur l'exactitude de tous les renseignements figurants sur le présent document et avoir pris connaissance des sanctions encourues en cas de fausses déclarations.

Fait à le

Signature de l'intéressé(e) ou de son représentant :