

**ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE  
EN ÉTABLISSEMENT**

(pour les demandes d'aides à l'autonomie à domicile, le formulaire CERFA 16301\*01 est à remplir)

NOM : ..... NOM D'USAGE : .....

PRÉNOM : .....  
.....

COMMUNE : .....

**Pièces à fournir**

- Photocopie du livret de famille ou de la carte nationale d'identité ou d'un passeport de l'union Européenne ou d'un extrait d'acte de naissance, ou s'il s'agit d'un demandeur de nationalité étrangère photocopie de la carte de résidence ou du titre de séjour en cours de validité ;
- Photocopie du dernier avis d'imposition ou de non imposition à l'impôt sur le revenu ; (toutes les pages)
- Le cas échéant, la photocopie du dernier relevé des taxes foncières sur les propriétés bâties et non bâties.  
Pour les personnes seules, fournir la taxe foncière pour votre résidence principale.
- Copie du jugement de tutelle ou de curatelle le cas échéant ;
- Relevé d'identité bancaire ou postal.

**A déposer ou à adresser par courrier au Conseil départemental :**

**Centre médico-social**  
Vieillesse handicap  
Immeuble François Cuzin  
4, rue de la Grave  
04000 DIGNE-LES-BAINS  
☎ 04.92.30.09.10  
cms.digne-apa@le04.fr

**Centre médico-social**  
Vieillesse handicap  
3, avenue Alsace Lorraine  
04200 SISTERON  
☎ 04.92.33.19.30  
☎ 04.92.33.19.31  
cms.sisteron-apa@le04.fr

**Centre médico-social**  
Vieillesse handicap  
49, boulevard Elémir Bourges  
04100 MANOSQUE  
☎ 04.92.70.76.80  
☎ 04.92.70.76.81  
cms.manosque-apa@le04.fr

## I Renseignements concernant le demandeur et son conjoint

	Le demandeur	Le conjoint
Nom de naissance		
Nom d'usage		
Prénoms		
Date et lieu de naissance		
N° de Sécurité Sociale		
Relevez-vous d'un régime d'assurance maladie obligatoire d'un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'Espace économique européen, autre que la France, ou de la Confédération suisse ?		
Nationalité <i>(Française, ressortissant de l'Union Européenne, hors U.E.)</i>		
Situation de famille <i>célibataire, marié, séparé, divorcé, veuf, concubin, pacsé.</i>		
Caisse de retraite principale		Etes-vous en activité ou retraité ?

## II Lieu de résidence actuelle

<p>Adresse du demandeur (en EHPAD): .....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>☎ ..... Date d'entrée dans l'EHPAD : .....</p>
<p>Adresse du conjoint (ou concubin ou pacsé) : .....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>☎ .....</p>
<p>Adresse précédente du demandeur avant l'entrée en EHPAD :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>☎ .....</p>

### III Renseignements complémentaires

NOM, Prénom, adresse et numéro de téléphone de la personne à joindre :

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

☎ ..... Courriel (mail): ..... @ .....

Mentionner le cas échéant si vous faites l'objet d'une mesure de protection juridique :

- Sauvegarde de justice  
 Curatelle - Mesure de protection avec assistance  
 Tutelle - Mesure de protection avec représentation

Nom et adresse de la personne chargée de la mesure de protection juridique avec représentation ou de l'association chargée de la mesure ;

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

☎ ..... Courriel (mail): ..... @ .....

### IV Ressources et patrimoine du foyer

- Possédez-vous des biens immobiliers non loués ?

- Oui  Non

Adresse des biens :

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

Ne pas déclarer ces biens s'ils sont occupés par votre conjoint, vos enfants ou petits-enfants.  
Sinon, joindre une copie du dernier avis de taxe foncière.

- Possédez-vous des biens mobiliers ou des capitaux non placés de valeur ?

- Oui  Non

Si oui, les déclarer ci-dessous en précisant leur montant ou leur valeur estimée :

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

## V Demande simplifiée d'une Carte Mobilité Inclusion (CMI)

- Si l'APA vous est accordée au titre du GIR 1 ou 2, vous pouvez bénéficier sans autre condition et à titre définitif de la CMI comportant les mentions «invalidité» et «stationnement pour personnes handicapées».
- Si l'APA vous est accordée au titre du GIR 3 ou 4, vous pouvez déposer une demande de CMI auprès de la MDPH.

Je soussigné(e), agissant en mon nom propre / en ma qualité de représentant légal (rayer la mention inutile)

de .....

certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus.

Fait à : .....

Le : .....

Signature du demandeur ou de son représentant légal:

Les informations recueillies sur ce formulaire font l'objet d'un traitement informatique et manuel par le Conseil départemental des Alpes de Haute-Provence, 13 rue du docteur Romieu CS 70216 - 04995, Digne-les-Bains CEDEX 9, pour l'étude et le suivi de l'attribution d'une Allocation Personnalisée d'Autonomie en établissement. La base légale du traitement est la mission d'intérêt public. Le cadre de la gestion des systèmes de protection sociale constitue une exception au recueil du consentement de la personne pour le traitement des données de santé.

Les données collectées ne seront communiquées qu'aux seuls personnels de la Direction des Solidarités en charge du traitement des dossiers. Le Département peut également être amené à échanger les informations relatives à la situation du demandeur avec d'autres organismes, notamment l'administration fiscale, les organismes de sécurité sociale versant des prestations analogues, les collectivités territoriales ou des organismes de recouvrement des cotisations sociales. Dans ce cas, les données communiquées seront limitées aux données strictement nécessaires à la gestion de l'allocation.

Les données sont conservées pour une durée maximale de 6 ans à compter de la fin du droit. Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données. Consultez le site [cnil.fr](http://cnil.fr) pour plus d'informations sur vos droits.

Pour exercer ces droits ou pour toute autre question sur le traitement de vos données, vous pouvez contacter notre déléguée à la protection des données : [donneespersonnelles@le04.fr](mailto:donneespersonnelles@le04.fr).

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits «Informatique et Libertés» ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la cnil.

Dans le cadre de la loi pour un Etat au service d'une société de confiance, vous bénéficiez du droit à l'erreur.

Si vous vous êtes trompés, signalez-le au Département : il corrigera les données concernées. Si vous êtes de bonne foi et que c'est la première erreur, vous ne serez pas sanctionné (connectez-vous sur le site [plus.transformation.gouv.fr](http://plus.transformation.gouv.fr) pour en savoir plus sur le droit à l'erreur).

Si cette rectification change le montant des prestations que vous recevez, vous devrez simplement rembourser les éventuelles sommes perçues en trop.

En revanche, si vous commettez une fraude ou de fausses déclarations pour obtenir des avantages auxquels vous n'auriez pas droit, vous risquez une amende et/ou une peine d'emprisonnement, comme prévu par la loi [en application des articles 313-1 à 313-3, 433-19, et 441-1 à 441-9 du code pénal].

L'intégralité de ces textes de loi sont disponibles sur le site [legifrance.gouv.fr](http://legifrance.gouv.fr)