

CARTE D'INVALIDITE ET CARTE EUROPEENNE DE STATIONNEMENT

Demande de carte d'invalidité et de carte européenne de stationnement **pour les bénéficiaires de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) classés en GIR 1 et 2.**

- Souhaitez-vous bénéficier de la carte d'invalidité prévue à l'article L. 241-3 du Code de l'action sociale et des familles ? Oui Non
- S'agit t-il d'une demande de renouvellement ? Oui Non
- Souhaitez-vous bénéficier de la carte européenne de stationnement prévue à l'article L. 241-3-2 du Code de l'action sociale et des familles ? Oui Non
- S'agit t-il d'une demande de renouvellement ? Oui Non

DECLARATION DU OU DES PROCHES AIDANTS

Ce volet du dossier de demande vise à apporter des premières informations sur les personnes de votre famille ou de votre entourage amical ou de voisinage qui vous apportent une aide dans la vie quotidienne, qu'on dénommera « aidant » pour l'attribution éventuelle d'une aide au répit.

	Aidant n° 1	Aidant n° 2	Aidant n° 3
Nom-Prénom			
Date de naissance			
Adresse et boîte postale			
Numéros de téléphone fixe et portable			
Lien avec le demandeur			
Nature de l'aide apportée (1)			
Durée et périodicité de cette aide (2)			

(1) Nature de l'aide apportée (exemple : aide aux courses, aide à la toilette, entretien du domicile, etc.).

(2) Durée et périodicité approximative de cette aide pour une journée, une semaine ou un mois selon ce qui vous paraît le plus pertinent.

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES REVENUS ET LE PATRIMOINE

NON INSCRITS DANS LE (OU LES) AVIS D'IMPOSITION DEMANDÉS EN PIÈCES A JOINDRE

ALLOCATIONS DIVERSES

Bénéficiez-vous :

- d'une Prestation de Compensation du Handicap (PCH) ? OUI NON
- d'une Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP) ? OUI NON Montant :
- d'une Majoration pour aide constante de la Sécurité Sociale ? OUI NON Montant :
- d'heures d'aide à domicile (ENIM, CPS, autres) ? OUI NON Nombre d'heures :

Nota : L'Allocation Personnalisée d'Autonomie n'est cumulable avec aucune des allocations et aides citées ci-dessus.

PATRIMOINE NI EXPLOITÉ NI PLACÉ

Possédez-vous, dans l'archipel ou à l'extérieur, des biens mobiliers et de l'épargne non placés ? (ex œuvres d'art, objets de valeur, épargne ne procurant pas de revenus)

OUI NON

Si oui, indiquez le montant ou la valeur estimée :

Le demandeur

Le conjoint, le concubin ou la personne ayant conclu un Pacte Civil de Solidarité

Pour information, possédez-vous, dans l'archipel ou à l'extérieur, des biens immobiliers non loués ou occupés à titre gratuit ?

OUI NON

PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR IMPERATIVEMENT A L'APPUI D'UNE DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE

- Copie du livret de famille / carte nationale d'identité / passeport /carte de résidence ou titre de séjour en cours de validité
- Photocopie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition à l'impôt sur le revenu du demandeur, du conjoint, du concubin, ou de la personne ayant conclu un Pacte Civil de Solidarité
- Copie des derniers bulletins de pension (retraite principale et retraite(s) complémentaire(s) : CPS, ENIM, CNRACL, Etat, CRE, Ircantec, etc.)
- Si vous êtes propriétaire et imposé(e), photocopie du dernier avis d'imposition relatif à la taxe foncière sur les propriétés bâties et à la taxe sur les propriétés non bâties
- Relevé d'identité bancaire ou postal
- Certificat médical ci-joint à faire remplir par le médecin traitant ou hospitalier
- Photo d'identité pour les demandes de cartes

Je soussigné(e), agissant en mon nom propre / en ma qualité de représentant légal⁽¹⁾ de Monsieur, Madame

déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur la présente demande.

(1) Rayer la mention inutile

La loi rend passible d'amende et/ou emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (article L.133 – 6 du Code de l'Action sociale et des Familles).

Fait à _____, le _____

Signature du demandeur ou de son représentant légal :

TRANSFERT DU DOSSIER

En cas de rejet de ma demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie, je souhaite que ce dossier soit transmis à ma caisse de retraite principale pour que ma demande de prise en charge soit examinée dans le cadre de leur action sociale :

OUI NON

Adresse précédente avec date d'arrivée et date de départ, si vous habitez dans une résidence pour personnes âgées, dans un foyer-logement ou si vous êtes accueilli(e) par un particulier à domicile à titre onéreux dans le cadre de la loi du 10 juillet 1989. (Ne remplir qu'en cas de changement de domicile depuis moins de trois mois)

LE DEMANDEUR FAIT-IL L'OBJET D'UNE MESURE DE PROTECTION ?

OUI NON EN COURS

Si oui, de quel type ?
(Joindre le jugement)

Sauvegarde de justice

Curatelle

Tutelle

Nom et prénom du tuteur ou curateur ou nom de l'organisme chargé de la gestion des biens (précisez le nom du délégué)

Adresse

Y a-t-il une personne à contacter pour suivre le dossier ? OUI NON

Nom et prénom

Lien de parenté éventuel

Adresse

Tél : _____

INTERVENTION D'UN SERVICE INFIRMIER A VOTRE DOMICILE OUI NON

Si oui :

Coordonnées du service

Commune

Tél. :

MEDECIN TRAITANT

Nom du médecin

Commune

Tél. :