

**DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISÉE  
D'AUTONOMIE À DOMICILE**Vous pouvez également faire votre demande en ligne sur :  
[apa.paris.fr](http://apa.paris.fr)

Votre nom de Naissance : .....

Votre prénom : .....

Votre nom marital (s'il y a lieu) : .....

Votre date de naissance : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ (jour / mois / année)

**VOUS ÊTES ?** Célibataire En vie maritale ou en concubinage Marié(e) Divorcé(e) ou séparé(e) Veuf (ve) Pacsé(e)**Identité de votre conjoint(e),  
concubin(e) ou pacsé(e)**

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ (jour / mois / année)

**Votre adresse actuelle**

N° : ..... Rue : .....

Code Postal : \_\_\_\_ Ville : .....

Date d'arrivée à cette adresse : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ (jour / mois / année)

**Vous êtes :** LOCATAIRE PROPRIÉTAIRE HÉBERGÉ(E)

Bâtiment : ..... Étage : ..... Porte : .....

**INFORMATIONS NÉCESSAIRES****À LA VISITE DE****L'ÉQUIPE MÉDICO-SOCIALE****À VOTRE DOMICILE**

N° digicode : .....

Station de métro (la plus proche) : .....

N° Téléphone : \_\_\_\_

Adresse courriel @ : .....

**Si vous êtes actuellement hébergé(e) résidence autonomie (Foyer-logement)****Adresse avant votre entrée  
dans le foyer-logement**

N° : ..... Rue : .....

Code Postal : \_\_\_\_ Ville : .....

## PERCEVEZ-VOUS ?

- la majoration pour aide constante d'une tierce personne (MTP)  Oui /  Non
- la prestation complémentaire pour recours à tierce personne (PC RTP)  Oui /  Non
  - l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP)  Oui /  Non
  - la prestation de compensation du handicap (PCH)  Oui /  Non
- l'aide ménagère au titre de l'aide sociale départementale  Oui /  Non
  - l'aide ménagère versée par votre caisse de retraite  Oui /  Non

Coche « Oui » : merci de transmettre le document attestant du versement de la prestation.

### IDENTITÉ DU PROCHE AIDANT à contacter en cas de besoin

*Ce volet du dossier de demande vise à apporter les 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 « aidants » dans la rubrique ci-contre.*

Madame  Monsieur  
Nom de l'aidant : .....  
Prénom : .....  
N° : \_ \_ \_ \_ Rue : .....  
Code Postal : \_ \_ \_ \_ Ville : .....  
Portable : \_ \_ \_ \_ \_ Domicile : \_ \_ \_ \_ \_  
Adresse courriel @ : .....

Lien avec le demandeur : .....

Nature de l'aide apportée : .....

### DEMANDE DE CARTE MOBILITÉ INCLUSION\*

Votre demande concerne :

- La mention « Invalidité » ou « Priorité »  
avec besoin d'accompagnement :  Oui  Non
- La mention « Stationnement »

\* Vous reporter à la notice explicative

### SIGNATURE DE VOTRE DEMANDE ET ENGAGEMENT

Je, soussigné(e),.....

sollicite l'allocation personnalisée d'autonomie auprès des services du Département de Paris.

Je déclare sur l'honneur avoir fourni des renseignements exacts sur ma situation familiale ainsi que sur l'ensemble de mes revenus et de mon patrimoine (voir notice jointe).

Fait à ..... le \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Signature du demandeur et/ou de son représentant légal.

### ATTENTION

*La décision de sauvegarde rendue par le Juge des Tutelles doit être obligatoirement fournie.*

*En cas de curatelle, les signatures du majeur protégé et du curateur doivent être apposées*