



A compléter par la DASES  
Numéro de votre dossier :

## DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE A DOMICILE

Votre nom de Naissance : .....

Votre prénom : .....

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

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

Votre adresse actuelle : N° : .... Rue : .....  
.....  
Batiment : ..... Etage : ..... Porte : .....

Code postal : \_\_\_\_ Ville : .....

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

Votre numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

### VOUS ETES ?

- célibataire       veuf(ve)       marié(e)  
 en vie maritale  
ou en concubinage       PACSé(e)       divorcé(e)  
ou séparé(e)

Identité de votre conjoint(e),  
concubin(e) ou PACSé(e)  
éventuel(le)

Nom : .....

Prénom : .....

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

Lieu de Naissance : .....

### BENEFICIEZ-VOUS ?

- de la majoration pour tierce personne versée par la Sécurité Sociale ?  Oui  Non
  - d'une mutuelle complémentaire ?  Oui  Non
  - d'une aide ménagère prise en charge par votre caisse de retraite ?  Oui  Non
- Dans ce dernier cas, quel est le nom de l'association intervenant à votre domicile ? .....

Si vous êtes actuellement  
hébergé(e) en foyer-logement,  
merci de préciser

- si vous l'êtes  à titre payant  
 au titre de l'aide sociale
- la date d'arrivée en foyer-logement : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ (jour/mois/année)

### INFORMATIONS NECESSAIRES A LA VISITE DE L'EQUIPE MEDICO-SOCIALE A VOTRE DOMICILE

Numéro de digicode (s'il y a lieu) : .....

Station de métro : .....  
la plus proche de votre domicile

Votre caisse de retraite principale est celle pour laquelle vous avez cotisé le plus grand nombre de trimestres.

Afin de faciliter les échanges d'information entre elle et le Département de Paris, gestionnaire de l'allocation personnalisée d'autonomie, il est prévu qu'un double de la notification de décision relative à la demande d'APA soit adressé à votre caisse de retraite principale.

## AUTORISATION DE TRANSMISSION DE LA NOTIFICATION DE DECISION A LA CAISSE DE RETRAITE PRINCIPALE DU DEMANDEUR

J'autorise le Département de Paris à transmettre les notifications de décisions relatives à ma demande d'APA à ma caisse de retraite principale, dont j'indique le nom ci-dessous.

Nom de votre caisse principale de retraite :

.....  
.....

## IDENTITÉ DE LA PERSONNE À CONTACTER EN CAS DE BESOIN

Cette personne sera contactée, le cas échéant, pour toute question administrative sur votre dossier et également pour être présente, si elle le souhaite, lors de la visite à votre domicile d'un membre de l'équipe médico-sociale.

Madame  Monsieur

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

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

Numéro de téléphone : Portable : \_ \_ \_ \_ \_ Domicile : \_ \_ \_ \_ \_

Professionnel : \_ \_ \_ \_ \_

Lien avec le demandeur : .....

### AVERTISSEMENT

Quiconque aura fourni sciemment des renseignements inexacts ou incomplets dans la déclaration exigée en vue d'obtenir de l'Etat ou des collectivités locales un avantage quelconque indû, sera puni d'un emprisonnement de quatre ans et d'une amende de 9 000 € ou de l'une de ces deux peines seulement

(article 22 de la Loi n° 68.690 du 31 Juillet 1968)

## 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 Paris, le \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Signature obligatoire du demandeur

ou de son représentant

légal. (en cas de tutelle ou curatelle, le tuteur ou curateur doit obligatoirement joindre le jugement du Juge des Tutelles par lequel la tutelle ou curatelle de l'intéressé lui a été confiée).



**DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISEE  
D'AUTONOMIE A DOMICILE (APA)**

**CERTIFICAT MEDICAL  
A REMPLIR PAR UN MEDECIN**

*Et à insérer dans l'enveloppe jointe sous pli confidentiel*

Nom de naissance : .....  
 Prénom : .....  
 Nom marital (s'il y a lieu) : .....  
 Age : .....  
 Taille : .....  
 Poids : .....

**I- MESURES DE PROTECTION**  OUI  NON

Si oui, quelle mesure ? :  Curatelle  Tutelle  
 Ou  Sauvegarde de justice  Demande en cours  
 La personne est-elle en état de signer ?  OUI  NON

**II- INTERVENANTS MEDICO-SOCIAUX**

**FREQUENCE**

Kinésithérapeute : .....  
 Orthophoniste : .....  
 Infirmière libérale : .....  
 Psychologue : .....  
 SSIAD : .....  
 Aide à domicile : .....  
 Autres : .....

**III- PATHOLOGIES ACTUELLES**

Enumération de ces dernières : .....  
 .....  
 .....  
 .....

**IV- TYPE DE DEFICIENCES**

Intellectuelles : .....  
 Psychiques : .....  
 Du langage ou de la parole : .....  
 Appareil auditif : .....  
 Appareil oculaire : .....  
 Viscérales, métaboliques : .....  
 Motrices, sensibles : .....  
 Causes générales : .....  
**Commentaires** : .....  
 .....

## V- EVALUATION DE LA DEPENDANCE

Cochez la case **OUI** ou **NON** selon la réponse à la question posée pour chacun des quatre adverbess :

S Spontanément, T Totalement, C Correctement, H Habituellement

		OUI	NON
<b>1. Transferts</b>	<b>(changements de position lever/coucher et assis/debout) :</b>		
La personne fait seule	S sans avoir à lui dire, à lui rappeler, à lui expliquer, à lui montrer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	T en assurant l'ensemble des transferts dans les deux sens ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	C sans se mettre en danger et en utilisant éventuellement les aides techniques adaptées ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	H chaque fois que cela est nécessaire et souhaité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2. Déplacements à l'intérieur</b>	<b>(avec ou sans aide technique + va chercher son courrier, se déplace au local à ordures...) :</b>		
La personne fait seule	S sans avoir à lui dire, à lui rappeler, à lui expliquer, à lui montrer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	T dans tous les lieux de vie, jusqu'à la porte d'entrée sur la rue ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	C à bon escient et de façon adaptée aux possibilités ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	H chaque fois qu'elle en a le désir ou le besoin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3. Toilette</b>			
<b>3.1. Toilette du haut</b>	<b>(visage + face antérieure du tronc + membres supérieurs + coiffage) :</b>		
La personne fait seule	S sans avoir à lui dire, à lui rappeler, à lui expliquer, à lui montrer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	T pour l'ensemble des activités entrant dans ce champ ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	C aboutissant à une propreté corporelle satisfaisante et suffisante ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	H autant que de besoins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3.2. Toilette du bas</b>	<b>(régions intimes + membres inférieurs) :</b>		
La personne fait seule	S sans avoir à lui dire, à lui rappeler, à lui expliquer, à lui montrer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	T pour l'ensemble des activités entrant dans ce champ ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	C aboutissant à une propreté corporelle satisfaisante et suffisante ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	H autant que de besoins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4. Elimination</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4.1. Elimination urinaire</b>	<b>(évaluer la maîtrise de l'élimination, qu'il y ait ou non incontinence) :</b>		
La personne fait seule	S sans avoir à lui dire, à lui rappeler, à lui expliquer, à lui montrer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	T en effectuant la totalité des actes nécessaires ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	C où il faut (lieu, ustensile adéquat), comme il faut (sans se souiller) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	H aussi souvent que de besoins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4.2. Elimination fécale</b>	<b>(évaluer la maîtrise de l'élimination, qu'il y ait ou non incontinence) :</b>		
La personne fait seule	S sans avoir à lui dire, à lui rappeler, à lui expliquer, à lui montrer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	T en effectuant la totalité des actes nécessaires ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	C où il faut (lieu, ustensile adéquat), comme il faut (sans se souiller) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	H aussi souvent que de besoins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Habillage		OUI	NON
<b>5.1. Habillage du haut</b> ( <i>vêtements passés par la tête</i> ) :			
La personne fait seule	S sans avoir à lui dire, à lui rappeler, à lui expliquer, à lui montrer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	T en effectuant tous les actes (choisir, préparer, mettre et enlever) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	C conforme aux usages, dans le bon sens et dans le bon ordre, adapté à la météorologie, au moment de la journée, aux activités ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	H régulièrement dans le temps, chaque fois que nécessaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5.2. Habillage moyen</b> ( <i>fermetures sur le corps, boutonnages, fermeture à glissière, ceintures, bretelles,...</i> ) :			
La personne fait seule	S sans avoir à lui dire, à lui rappeler, à lui expliquer, à lui montrer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	T en effectuant tous les actes (choisir, préparer, mettre et enlever) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	C conforme aux usages, dans le bon sens et dans le bon ordre, adapté à la météorologie, au moment de la journée, aux activités ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	H régulièrement dans le temps, chaque fois que nécessaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5.3. Habillage du bas</b> ( <i>vêtements passés par le bas du corps, chaussettes, bas, chaussures,...</i> ) :			
La personne fait seule	S sans avoir à lui dire, à lui rappeler, à lui expliquer, à lui montrer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	T en effectuant tous les actes (choisir, préparer, mettre et enlever) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	C conforme aux usages, dans le bon sens et dans le bon ordre, adapté à la météorologie, au moment de la journée, aux activités ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	H régulièrement dans le temps, chaque fois que nécessaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Se servir et manger			
<b>6.1. Se servir</b> ( <i>la personne coupe ses aliments, emplit son verre ou son assiette, sale ou poivre, pèle un fruit, ouvre un pot de yaourt, ouvre une bouteille</i> ) :			
La personne fait seule	S sans avoir à lui dire, à lui rappeler, à lui expliquer, à lui montrer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	T pour l'ensemble des divers actes requis ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	C dans l'ordre, selon les usages et sans "en mettre partout" ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	H à tous les repas ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>6.2. Manger</b> ( <i>porter les aliments à la bouche, avaler</i> ) :			
La personne fait seule	S sans avoir à lui dire, à lui rappeler, à lui expliquer, à lui montrer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	T pour tous les éléments du repas, y compris les boissons ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	C proprement, dans le respect des autres et sans fausses routes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	H à tous les repas ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		OUI	NON
<b>7. Suivi du traitement</b>			
La personne fait seule	S sans que quelqu'un prépare, sans avoir à lui dire, à lui rappeler ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	T pour tous les traitements prescrits, y compris la diététique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	C en suivant la prescription à la lettre (doses et rythme des prises) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	H à chaque prise et aussi longtemps que l'indique la prescription ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>8. Alerter (<i>solliciter un secours en téléphonant, en utilisant une télé-alarme,...</i>) :</b>			
La personne fait seule	S sans avoir à lui dire, à lui rappeler, à lui expliquer, à lui montrer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	T avec un moyen approprié pour avoir une réponse à son alerte ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	C à bon escient ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	H à tout moment opportun ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>9. Déplacements extérieurs (<i>avec ou sans aide technique</i>) :</b>			
La personne fait seule	S sans avoir à lui dire, à lui rappeler, à lui expliquer, à lui montrer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	T pour l'ensemble du déplacement, jusqu'au retour au domicile ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	C à bon escient, en gérant le parcours, avec un but, de façon adapté ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	H chaque fois qu'elle en a le désir ou le besoins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>10. Orientation</b>			
<b>10.1. Orientation dans le temps :</b>			
La personne s'oriente seule	S sans stimulation, sans médiation et sans indications ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	T pour tous les repères temporels (saisons, journées...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	C sans erreurs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	H sans variation significative d'un moment à l'autre de la journée, sans fluctuation d'un jour sur l'autre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>10.2. Orientation dans l'espace :</b>			
La personne s'oriente seule	S sans stimulation, sans médiation et sans indications ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	T dans tous les lieux de vie habituels, et lieux nouveaux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	C sans erreurs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	H sans variation dans le temps, sans fluctuations d'un jour sur l'autre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>11. Communication et Comportement</b>			
<b>11.1. Communication :</b>			
La personne communique seule	S sans stimulation, sans médiation et sans rappel à l'ordre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	T dans l'ensemble de ses activités et avec tous ses interlocuteurs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	C de façon compréhensible, logique et sensée, conformément aux convenances et usages admis et acceptés dans la société, sans exigence outre mesure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	H de façon permanente dans le temps ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OUI NON

### 11.2. Comportement

La personne se comporte, et agit seule	S sans stimulation, sans médiation et sans rappel à l'ordre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	T dans l'ensemble de ses activités et avec tous ses interlocuteurs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	C conformément aux convenances et usages admis et acceptés en référence aux normes sociales, sans exigences outre mesure ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	H de façon permanente dans le temps ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## VI- OBSERVATIONS

### 1. Evolution prévisible :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### 2. Quelles propositions d'amélioration des aides et des soins faites-vous ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Date : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ (jj/ mois / année)

Signature (obligatoire) :

Cachet (obligatoire) :

**DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISEE  
D'AUTONOMIE A DOMICILE (APA)****NOTICE D'EXPLICATION ET D'INFORMATION  
SUR LES PIECES JUSTIFICATIVES  
A NOUS COMMUNIQUER****DEROULEMENT DE LA PROCEDURE D'INSTRUCTION DES DOSSIERS**

Les services du département de Paris disposent d'un délai de 10 jours pour accuser réception de votre dossier de demande d'allocation personnalisée d'autonomie.

Vous recevrez donc un courrier vous avisant de la bonne réception de votre dossier complet ou vous informant des pièces à fournir en complément.

Un travailleur social et/ou un médecin se rendra ensuite à votre domicile pour évaluer votre degré de perte d'autonomie et établir avec vous un plan d'aide.

Une décision sera prononcée dans un délai maximum de deux mois après l'accusé-réception de votre dossier complet.

**REGLES RELATIVES A VOTRE DROIT D'ACCES  
AUX INFORMATIONS VOUS CONCERNANT  
CONTENUES DANS LES FICHIERS DE L'ADMINISTRATION  
(Loi du 6 Janvier 1978)**

Les traitements relatifs à votre demande sont informatisés. Ils sont donc soumis aux dispositions de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, qui protège les droits et libertés individuels.

Conformément aux dispositions de cette loi, vous êtes informé(e)s que :

- les destinataires des informations collectées sont exclusivement les administrations et organismes habilités à connaître des dossiers d'aide à domicile ou en établissement.
- vous avez le droit d'accéder et de rectifier les informations vous concernant, stockées ou traitées informatiquement.
- Pour le faire, adressez-vous, par courrier simple, en justifiant de votre identité, au service suivant :

**Direction de l'Action Sociale, de l'Enfance et de la Santé  
Sous-Direction de l'Action Sociale - Bureau de la Réglementation  
94-96, quai de la Rapée - 75570 PARIS CEDEX 12**

## Nature des Justificatifs

## Photocopies des documents Devant être fournis

### Votre identité

Livret de famille -si vous êtes marié(e)-  
et

Carte Nationale d'identité (copie Recto Verso)  
ou passeport de la communauté européenne  
ou extrait d'acte de naissance  
ou Titre de Séjour en cours de validité (pour les personnes de nationalité étrangère, sauf pour les ressortissants de l'Union européenne)

### Si vous êtes sous tutelle ou curatelle

Copie du **jugement** de mise sous tutelle, gérance de tutelle ou curatelle

### Votre assurance maladie

Attestation de la carte d'assuré social (**Carte Vitale**) en cours de validité

### Votre domiciliation à Paris :

*Merci de fournir les justificatifs adaptés à votre situation en fonction des trois situations présentées ci-dessous*

1- Si vous viviez à votre domicile en tant que propriétaire ou locataire

Quittances de loyer ou Charges de copropriété couvrant les 3 derniers mois précédant la date de demande d'allocation personnalisée d'autonomie.

OU

2- Si vous êtes hébergé(e) par un tiers

Attestation sur l'honneur de l'hébergeant déclarant vous héberger à son domicile et mentionnant la date du début de votre hébergement

et

Quittances de loyer ou Charges de copropriété de l'hébergeant couvrant votre domiciliation chez lui pendant les 3 mois précédant la demande de prestation

OU

3- Si vous êtes hébergé(e) en établissement ou en structure sociale ou médico-sociale (Foyer-logement, résidence-service, résidence-appartement, famille d'accueil)

Attestation du directeur de l'établissement mentionnant votre date d'admission dans la structure

et

Quittances de loyer ou charges de copropriété concernant la domiciliation pendant les 3 mois précédant l'admission en structure sociale ou médico-sociale.

OU

Pour les personnes qui étaient sans résidence stable préalablement à leur hébergement, attestation d'élection de domicile auprès d'un des organismes agréés à ce titre dans le cadre des demandes d'allocation personnalisée d'autonomie.

## Nature des Justificatifs

## Photocopies des documents Devant être fournis

Vos revenus et votre  
patrimoine

Vos revenus déclarés **Votre dernier Avis d'impôt sur le revenu**

Si vous êtes marié(e), pacsé(e) ou en concubinage **Le dernier avis d'impôt sur le revenu de votre conjoint(e), concubin(e) ou pacsé(e)**

Votre patrimoine immobilier **Taxe(s) foncière(s) sur les propriétés bâties et sur les propriétés non bâties**

Coordonnées de votre  
compte bancaire  
(permettant le versement de  
l'allocation)

**Votre relevé d'Identité Bancaire**

Renseignements médicaux  
spécifiques vous concernant

Certificat médical type à compléter par votre médecin traitant et à retourner **sous pli confidentiel** dans l'enveloppe jointe à cet effet

Ressources pouvant être  
exclues de l'assiette des  
revenus pris en compte pour  
le calcul des droits à l'APA

Si vous recevez une rente  
viagère constituée pour vous  
prémunir contre le risque de  
perte d'autonomie

**Copie du contrat relatif à la rente viagère**

Si vous percevez des  
pensions alimentaires et  
concours financiers versés  
par vos enfants et(ou) petits-  
enfants

Justificatifs du versement régulier d'une **pension alimentaire** ou d'un concours financier par vos enfants et(ou) petits-enfants figurant sur vos relevés de compte bancaire ou postal.

## EXPLICATIONS SUR LA NATURE DES REVENUS PRIS EN COMPTE POUR L'OBTENTION DE L'ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE

### ***Les revenus de quelles personnes sont pris en compte ?***

- les vôtres
- ceux, le cas échéant, de votre conjoint(e), concubin(e) ou pacsé(e)

### ***Quels types de revenus sont pris en compte ?***

#### **1°) le revenu déclaré figurant sur le dernier avis d'impôt sur le revenu.**

Il comprend les :

- pensions de retraite (retraite principale, et retraites complémentaires)
- salaires et (ou) bénéficiaires industriels et commerciaux
- rentes viagères (*A noter que seules les rentes viagères constituées pour se prémunir contre le risque de perte d'autonomie ne seront pas retenues pour le calcul de l'APA.*)
- revenus de capitaux mobiliers
- revenus au taux forfaitaire correspondant aux plus-values sur des cessions de valeurs mobilières
- plus-values sur des cessions de valeurs mobilières
- revenus fonciers
- revenus soumis au prélèvement libératoire

#### **2°) les revenus que sont censés produire les biens immobiliers et capitaux qui ne sont exploités ni placés.**

- **immeubles bâtis** : revenu annuel évalué à **50% de leur valeur locative** (autres que la résidence principale occupée par l'intéressé, son conjoint, son concubin ou la personne avec laquelle il a conclu un pacte civil de solidarité)
- **terrains non bâtis** : revenu annuel évalué à **80% de leur valeur locative**
- **capitaux non exploités ni placés** : revenu annuel évalué à **3% de leur montant.**

## NATURE DES REVENUS NON PRIS EN COMPTE POUR L'OBTENTION DE L'ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE

- Retraite du Combattant (distincte des pensions proprement dites d'ancien combattant)
- Pensions attachées aux distinctions honorifiques (légion d'honneur à titre militaire)
- Pensions alimentaires et concours financiers versés par les enfants et les petits-enfants du demandeur
- Rentes viagères constituées en faveur de l'intéressé par un ou plusieurs de ses enfants, ou lorsqu'elles ont été constituées par l'intéressé lui-même ou son conjoint pour le prémunir contre le risque de perte d'autonomie
- Prestations en nature dues au titre de l'assurance maladie, maternité, invalidité ou de l'assurance accident du travail ou au titre de la couverture maladie universelle
- les primes de déménagement instituées par les articles L542-8 et L755-21 du Code de la Sécurité Sociale et par l'article L351-5 du Code de la Construction et de l'Habitation
- l'indemnité en capital attribuée à la victime d'un accident du travail prévue à l'article L434-1 du Code de la Sécurité Sociale
- la prime de rééducation et le prêt d'honneur mentionnés à l'article R432-10 du Code de la Sécurité Sociale
- la prise en charge des frais funéraires mentionnée à l'article L435-1 du Code de la Sécurité Sociale
- le capital décès servi par un régime de sécurité sociale