

AVP

Aide à la vie
partagée



Dossier de demande

N° :

INSTRUCTEUR DU DOSSIER :

Conseil départemental des Pyrénées-Atlantiques

DGASH - Direction de l'Autonomie

Hôtel du Département - 64 avenue Jean Biray - 64058 Pau cedex 9

habitatinclusif@le64.fr

L'aide à la vie partagée est une aide individuelle concourant à solvabiliser les personnes faisant le choix d'habiter dans un habitat conventionné habitat inclusif par le Conseil départemental.

L'aide est destinée à financer l'animation, la coordination du projet de vie sociale et partagée ou encore la régulation du « vivre ensemble », à l'intérieur comme à l'extérieur de l'habitat (entourage, voisinage, services de proximité).

Elle n'a pas vocation à financer l'accompagnement individuel de la personne pour la réalisation des actes de la vie quotidienne (aide à l'autonomie et surveillance), ni le suivi des parcours individuels ou la coordination des interventions médico-sociales.

05 59 04 64 64
www.mda64.fr



Maison départementale de l'autonomie
des Pyrénées-Atlantiques



RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'HABITANT

Nom de naissance :

Nom d'époux/se ou d'usage (le cas échéant) :

Prénoms :

Né(e) le :/...../..... à :

Adresse de l'habitat inclusif :

.....

Téléphone :/...../...../...../..... Mail :

Nationalité :

☐ Française ☐ Union Européenne ☐ Hors Union Européenne

LISTE DES PIÈCES À FOURNIR POUR L'HABITANT

- bail de location ou attestation justifiant de la présence de l'habitant dans le logement
- photocopie d'un justificatif d'État civil ou tout autre document d'identité en cours de validité
- pour les ressortissants hors Union Européenne : photocopie recto-verso du titre de séjour en cours de validité
- pour les personnes sous mesure de protection : copie de la décision de justice
- pour les personnes en situation de handicap :
 - une décision de la Commission départementale des droits à l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) reconnaissant à l'habitant un droit ouvert au jour de la demande d'AVP : AAH, PCH, RQTH, CMI, orientation ESMS, etc.
 - ou une notification d'attribution d'une pension d'invalidité.

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE REPRÉSENTANT LÉGAL OU LA PERSONNE RÉFÉRENTE

L'habitant fait-il l'objet d'une mesure de protection juridique : ☐ OUI ☐ NON

Nom :

Prénoms :

Lien avec l'habitant :

Ou organisme chargé de la mesure :

.....

Adresse :

.....

Téléphone :/...../...../...../..... Mail :

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

■ Le demandeur

Je soussigné(e) agissant en mon nom propre

- certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis ;
- déclare avoir lu, détaché et conservé l'annexe 1 concernant mes droits relatifs au traitement de mes données à caractère personnel.

Fait à, le

Mention manuscrite « lu et approuvé » :

Signature du demandeur

■ Si le demandeur est sous mesure de curatelle

Je soussigné(e)

- certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis ;
- déclare avoir lu, détaché et conservé l'annexe 1 concernant mes droits relatifs au traitement de mes données à caractère personnel.

Fait à, le

Mention manuscrite « lu et approuvé » :

Signature du demandeur sous curatelle

■ Si le demandeur est sous une mesure de protection autre que curatelle :

Je soussigné(e) agissant en ma qualité de représentant légal de

- certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis ;
- déclare avoir lu, détaché et conservé l'annexe 1 concernant les droits relatifs au traitement des données à caractère personnel.

Fait à, le

Mention manuscrite « lu et approuvé » :

Signature du représentant légal

PARTIE À COMPLÉTER PAR LA PERSONNE MORALE PORTEUSE DU PROJET

Il doit s'agir d'une personne morale qui a passé une convention avec le Conseil départemental des Pyrénées-Atlantiques permettant l'octroi de l'AVP aux occupants de l'habitat inclusif concerné.

Nom et adresse de la personne 3P (Personne morale Porteuse du Projet) :

.....

Téléphone ://// Mail :

Je soussigné(e) (nom, prénom) :

Fonction :

atteste que M /Mme (nom et prénom de l'occupant) :

est entré(e) dans l'habitat inclusif le : pour une durée indéterminée.

Notre entité s'engage à informer les services départementaux si l'intéressé(e) quitte l'habitat inclusif, dans un délai d'un mois suivant son départ.

Fait à, le

Signature du représentant légal

LISTE DES PIÈCES À FOURNIR POUR LE PORTEUR DE PROJET

- un RIB
- N° SIREN ou SIRET
- tableau récapitulatif des demandes des habitants permettant également le suivi des arrivées/départs (cf pièce jointe)

À CONSERVER PAR LE DEMANDEUR

INFORMATION SUR VOS DROITS RELATIFS AU TRAITEMENT DE VOS DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

MENTIONS LÉGALES

Les traitements relatifs à cette demande sont informatisés. Ils sont donc soumis aux dispositions de la Loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée et du règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016.

Le traitement des informations recueillies par ce formulaire est nécessaire à l'exécution d'une mission d'intérêt public ou relevant de l'exercice de l'autorité publique dont est investi le Conseil départemental des Pyrénées-Atlantiques responsable du traitement de ces données.

Conformément à la réglementation en vigueur, les personnes auprès desquelles sont recueillies des informations nominatives, sont informées que :

- Les destinataires des informations collectées sont exclusivement les administrations et organismes habilités à connaître des dossiers en lien avec les prestations sollicitées.
- L'organisme gestionnaire de la prestation demandée peut également être amené à échanger des 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 et les organismes de recouvrement des cotisations sociales.
- Les données sont conservées pour une durée maximale de six ans, à compter de la cessation des droits du demandeur.
- En tout état de cause, le demandeur dispose d'un droit d'accès et de rectification des informations le concernant.
Une copie des données à caractère personnel peut être délivrée à la demande de la personne.

Pour exercer l'ensemble de ces droits, il convient de s'adresser au Délégué à la protection des données :

Monsieur le Président du Conseil départemental des Pyrénées-Atlantiques - A l'attention du Délégué à la protection des données (DPD) - Hôtel du Département - 64 avenue Jean Biray - 64000 Pau ou par mail à l'adresse : dpd@le64.fr