

L'Aide à la Vie Partagée (AVP) est un droit accordé à une personne âgée de 65 ans ou une personne en situation de handicap, habitant dans un habitat inclusif pour financer le projet de vie sociale et partagée. Elle est versée directement à la personne morale, chargée d'assurer le projet de vie sociale et partagée ayant signé, au titre des logements concernés, une convention avec le Département des Hautes-Alpes (article L.281-2-1 du CASF).

ÉTAT CIVIL

	Demandeur	Conjoint.e, concubin.e, pacsé.e
Femme / Homme		
Nom marital		
Nom de naissance		
Prénom(s)		
Date de naissance		
Téléphone		
Adresse électronique		
Situation familiale	<input type="checkbox"/> marié(e) <input type="checkbox"/> concubin(e) <input type="checkbox"/> pacsé(e) <input type="checkbox"/> veuf/veuve <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> divorcé(e)	

ADRESSE DU DEMANDEUR

Adresse actuelle en habitat inclusif

N° et voie

Code postal _____

Commune _____

Date d'entrée en habitat inclusif ____ / ____ / ____

Est-ce votre résidence principale oui non

Adresse du domicile avant l'arrivée en habitat inclusif

Code postal _____

Commune _____

S'il s'agissait de votre domicile, étiez-vous :

propriétaire locataire

S'il ne s'agissait pas de votre domicile, étiez-vous :

en établissement médico-social, précisez :

EHPAD accueillant familial foyer de vie

autre, précisez : _____

hébergé par un proche

autre, précisez : _____

Dossier de demande d'Aide à la Vie Partagée (AVP)



Hautes-Alpes
le département

STATUT DU DEMANDEUR

Vous êtes en situation de handicap

Si vous bénéficiez d'un des droits ouverts à la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) ou d'une pension d'invalidité délivrée par la Caisse Commune de Sécurité Sociale (CCSS) merci de préciser lequel :

- La Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH)
- L'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP)
- La Prestation de Compensation du Handicap (PCH)
- La Carte Mobilité Inclusion (CMI)
- L'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH)
- Pension d'invalidité 2^e catégorie (CCSS)
- Pension d'invalidité 3^e catégorie (CCSS)

Vous êtes une personne âgée de 65 ans et +

RÉFÉRENT ADMINISTRATIF DU DEMANDEUR (le cas échéant)

- Je suis le représentant légal (Tuteur, Curateur, Sauvegarde de justice...)
- Je suis le/la conjoint(e) du demandeur
- Je suis un proche du demandeur (parent, enfant, petit enfant)

Nom _____ N° et voie _____
Prénom _____
Téléphone _____
Adresse électronique _____ Code postal _____
_____ Commune _____

SIGNATURE

Je m'engage quant à l'exactitude des informations saisies dans le formulaire et à la conformité des justificatifs fournis nécessaires à l'instruction du dossier

Fait à _____, le ____ / ____ / ____

Signature

INFORMATIONS LÉGALES

Article L114-13 du Code de la Sécurité sociale :

« Est passible d'une amende de 5 000 euros quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir, ou faire obtenir ou tenter de faire obtenir des prestations ou des allocations de toute nature, liquidées et versées par les organismes de protection sociale, qui ne sont pas dues, sans préjudice des peines résultant de l'application d'autres lois, le cas échéant. »

Contact et renseignement :

Unité Conférence des Financeurs
04 86 15 33 02
habitat.inclusif@hautes-alpes.fr

Où déposer votre demande ?

Par courrier :

Département des Hautes-Alpes
Hôtel du Département
Unité Conférence des Financeurs
Place Saint-Arnoux - CS 66005
05008 GAP CEDEX

En ligne sur le site internet du Département :

www.hautes-alpes.fr