

Demandeur : M. Mme **NOM** : **Prénom** :

Né(e) le .. / .. / .. à

Adresse :

Code Postal : VILLE :

Téléphone fixe : Tél. portable :

Adresse électronique :

Projet d'adaptation du logement à la perte d'autonomie

- Nature des travaux envisagés : (cocher la ou les cases concernées) (1)
 - Adaptation de l'espace sanitaire Accessibilité intérieure Accessibilité extérieure
- Descriptif des travaux envisagés :
- Motivation, objectifs recherchés :
- Nombre de personnes occupant le logement faisant l'objet de la demande :
 - 1 2 plus de 2
- Statut d'occupation du logement : locataire propriétaire autres :
Si vous êtes locataire, avez-vous obtenu l'accord du propriétaire pour la réalisation des travaux ? Oui Non

Pièces à joindre obligatoirement :

- copie intégrale de l'**avis d'imposition année N-1** (ou de non-imposition) de toutes les personnes vivant dans le logement concerné par la demande
- un devis** (daté de moins de 6 mois) relatif aux travaux mentionnés ci-dessus

Document à retourner accompagné des pièces complémentaires à

Conseil Départemental de la Côte d'Or
Direction Accompagnement à l'Autonomie -
Cellule Domicile
1 rue Joseph Tissot
21000 DIJON

Je soussigné(e),

Atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés ci-dessus, et certifie que les travaux envisagés ne sont pas commencés à la date du dépôt de la présente demande.

Date :

Signature :

Réservé administration

GIR : .. Droit APA du au en attente de décision APA

Référent APA : Oui Non Tuteur Oui Non

Date de réception du dossier de demande complet : .. / .. / ..