

La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux informations figurant dans ce formulaire. Les personnes auprès desquelles sont recueillies des informations à caractère personnel sont notamment informées que :

- 1) Le Département, responsable de traitement, effectue un traitement des données collectées, destiné à instruire votre demande d'allocation personnalisée d'autonomie. Cette aide s'inscrit dans le cadre réglementaire suivant :
  - Code de l'action sociale et des familles,
  - Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement,
  - Décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel,
  - Décret n° 2017-880 du 9 mai 2017 autorisant les traitements de données à caractère personnel destinés à la mise en œuvre de l'allocation personnalisée d'autonomie et de l'aide sociale à l'hébergement.
- 2) Les informations recueillies dans ce formulaire sont destinées à l'équipe médico-sociale du Département de la Seine-Maritime
- 3) Les informations sont conservées conformément à l'article R. 232-46 du décret n° 2017-880 du 9 mai 2017
- 4) Les personnes bénéficient d'un droit d'accès, de rectification, de limitation aux informations qui les concernent et peuvent définir le sort de leurs données après leur décès. Elles peuvent exercer ces droits par courrier à l'adresse suivante : Monsieur le délégué à la protection des données - Département de la Seine-Maritime - Hôtel du Département - CS56101 - Quai Jean Moulin - 76101 Rouen cedex ou par mail (dpo@seinemaritime.fr).
- 5) Elles peuvent également, pour des motifs légitimes, s'opposer au traitement, demander l'effacement des données les concernant ou retirer leur consentement à tout moment, sauf si ces droits ont été écartés par une disposition législative.
- 6) Elles peuvent enfin introduire une réclamation auprès de la CNIL (3, place Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris cedex, www.cnil.fr.)

Le présent formulaire est à **mettre sous enveloppe à destination de l'ergothérapeute du Département** en le joignant au formulaire de demande d'APA.

Avez-vous déjà bénéficié de la visite d'un ergothérapeute chez vous :

Non

Oui

Si oui, veuillez joindre à ce formulaire le compte rendu de visite ainsi qu'un devis (si possible).

Vous pouvez vous faire aider par un proche et/ou si besoin un professionnel ou service de proximité (médecin traitant, médecin hospitalier, assistant social, CLIC, SSIAD...).

Si vous avez été aidé par un professionnel pour remplir ce document, merci d'indiquer ses coordonnées :

Nom : \_\_\_\_\_ Fonction : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

## VOUS

Bénéficiaire (nom, prénom) : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Caisse de retraite principale : \_\_\_\_\_

Caisse(s) de retraite complémentaire(s) : \_\_\_\_\_

Mutuelle / complémentaire santé, formule(s) contractées : \_\_\_\_\_

Assurances (santé prévoyance, assurance autonomie, assurance dépendance...) : \_\_\_\_\_

