



FORMULAIRE DE DEMANDE 2026

Adaptation du logement à la perte d'autonomie

Vous avez : + de 75 ans ☐ oui ☐ non

Vous êtes bénéficiaire de l'APA ☐ oui ☐ non

Vous avez répondu OUI au moins une fois

Vous avez répondu NON les deux fois

Veuillez répondre aux questions suivantes.

Vous n'êtes pas éligible à notre dispositif ;  
Vous pourriez être éligible à Ma Prim'Adapt.  
Vous pouvez en faire la demande par internet.

Vous êtes :

locataire parc public ☐ oui ☐ non

Nom du bailleur si parc public:

.....

Votre revenu fiscal de référence est  
**supérieur à :**

22 259 € pour une personne vivant seule

☐ oui ☐ non

32 553 € pour deux personnes vivant au  
domicile ☐ oui ☐ non

Vous avez répondu OUI au moins une fois

Vous avez répondu NON à toutes les propositions

Veuillez joindre votre carte nationale  
d'identité et votre avis d'imposition et  
**remplir le formulaire au dos.**

Vous n'êtes pas éligible à notre dispositif.  
Vous êtes éligible aux aides de Ma Prim'Adapt.  
Vous pouvez en faire la demande par internet.

L'ensemble de ces documents est à envoyer :

- En format PDF par mail : [habitatseniors@departement06.fr](mailto:habitatseniors@departement06.fr)

- par courrier : Maison Départementale de l'Autonomie  
Dispositif Habitat Senior  
B.P. n° 3007  
06201 Nice Cedex 3

|                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| NOM du Bénéficiaire                                                                                                                                                                                                  | PRENOM du Bénéficiaire                                                                      |
| Référence du bénéficiaire si APA :                                                                                                                                                                                   | Date de naissance :                                                                         |
| ADRESSE :                                                                                                                                                                                                            |                                                                                             |
| TELEPHONE :                                                                                                                                                                                                          | MAIL :                                                                                      |
| SITUATION MARITALE :                                                                                                                                                                                                 | REVENU FISCAL DE REFERENCE DU<br>DEMANDEUR OU DU COUPLE (du dernier avis<br>d'imposition) : |
| <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> en concubinage <input type="checkbox"/> marié(e)<br><input type="checkbox"/> divorcé(e) <input type="checkbox"/> veuf (veuve)                          |                                                                                             |
| Nom et coordonnées de la personne qui accompagne :                                                                                                                                                                   | Nom et coordonnées des personnes à contacter (autre<br>que le demandeur) :                  |
|                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                             |
| OBJET DE LA DEMANDE : Quel est l'objet de votre demande ?                                                                                                                                                            |                                                                                             |
| <input type="checkbox"/> Salle de bain <input type="checkbox"/> Monte-escaliers <input type="checkbox"/> Volets <input type="checkbox"/> Accès extérieur <input type="checkbox"/> Autre :<br>.....<br>.....<br>..... |                                                                                             |
| Je soussigné..... autorise la MDA à communiquer aux partenaires de<br>l'adaptation du logement les informations me concernant afin de faciliter l'avancée de mon dossier.                                            |                                                                                             |
| DATE                                                                                                                                                                                                                 | SIGNATURE DU BENEFICIAIRE                                                                   |
|                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                             |

## **Mentions légales**

Les informations qui seront recueillies feront l'objet d'un traitement informatique, auquel vous consentez, destiné à instruire votre demande de participation à l'appel à candidatures. Le Département des Alpes Maritimes et la Maison Départementale des Personnes Handicapées sont les responsables du traitement. Ce traitement est fondé sur une mission d'intérêt public (article 6.1.e du RGPD).

Les catégories de données collectées sont les suivantes : Nom – prénom – coordonnées du représentant légal de la structure et de la personne en charge du dossier. Nom, prénom et fonction du référent.

La collecte des données n'a pas pour finalité une prise de décision automatisée. Les données sont collectées et conservées par la Maison Départementale de l'Autonomie et les services concernés au sein du Département et de la MDPH.

Les données sont conservées conformément aux prescriptions des archives départementales.

Conformément aux articles 15 à 23 du Règlement général sur la protection des données, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification aux informations qui vous concernent. Vous pouvez également définir le sort de vos données après votre décès, en vous adressant par voie postale au Délégué à la protection des données - Département des Alpes-Maritimes – BP n° 3007 – 06201 Nice Cedex 3 ou par courriel [donnees\\_personnelles@departement06.fr](mailto:donnees_personnelles@departement06.fr). Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant, sauf si ce droit a été écarté par une disposition législative. Depuis l'entrée en vigueur du Règlement Européen sur la Protection des données (RÈGLEMENT (UE) 2016/679) le 25 mai 2018, tout usager a le droit de s'opposer au profilage, demander la limitation du traitement, d'introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle (En France : CNIL : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07 - Téléphone : 01.53.73.22.22. [www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)).