[Prénom NOM]

[Adresse complète]

[Téléphone]

[Email]

À l’attention de :

Monsieur/Madame le Président du Conseil Départemental

Service de l’APA

[Adresse du département]

[Ville], le [date]

Objet : Recours gracieux – Refus d’attribution de l’APA

Madame, Monsieur,

Par courrier en date du [date de réception de la décision], j’ai été informé(e) du refus de l’attribution de l’Allocation Personnalisée d’Autonomie pour [Nom Prénom du bénéficiaire], né(e) le [date de naissance], demeurant à [adresse].

Je conteste cette décision et souhaite former un recours gracieux, dans les délais impartis. La situation de perte d’autonomie de [la personne concernée] reste inchangée et continue à nécessiter une aide quotidienne. Je joins à la présente de nouveaux éléments susceptibles d’éclairer votre appréciation (certificats médicaux, attestations, devis de services à domicile…).

Je vous remercie par avance de bien vouloir réexaminer ce dossier et reste à votre disposition pour toute information complémentaire.

Veuillez recevoir, Madame, Monsieur, l’expression de mes salutations respectueuses.

[Signature]