

DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE (APA) d'une personne âgée de plus de 60 ans

à domicile

en établissement

NOM et Prénom _____

ADRESSE DU DEMANDEUR

APA À DOMICILE

Adresse actuelle : _____

Téléphone : _____

Préciser s'il s'agit :

de votre domicile personnel

Si oui, êtes-vous : propriétaire
 locataire
 hébergé(e)

d'un foyer-logement

d'un accueil par un particulier à titre onéreux
(famille d'accueil)

Vous résidez à cette adresse depuis le :

Indiquer l'adresse du domicile antérieur :

APA EN ÉTABLISSEMENT

Adresse de l'établissement dans lequel vous résidez
actuellement :

Téléphone : _____

Date d'entrée : _____

Autre(s) établissement(s) fréquenté(s) antérieurement :

Date d'entrée : _____

Date de départ : _____

Adresse du domicile antérieur à toute entrée en
établissement pour personnes âgées dépendantes :

Date d'arrivée : _____

Date de départ : _____

Cadres réservés à l'administration

Date d'arrivée au service :

Dossier complet le :

N° du dossier :

ÉTAT CIVIL

	Le demandeur	Le conjoint ou le concubin ou la personne avec laquelle le demandeur a conclu un Pacte civil de solidarité (PACS)
Nom d'usage		
Nom de naissance		
Prénom(s)		
Date et lieu de naissance		
Nationalité		
Situation de famille		
N° de Sécurité sociale		
Préciser si le conjoint, ou le concubin ou la personne avec laquelle le demandeur a conclu un PACS réside : <input type="checkbox"/> à domicile <input type="checkbox"/> en structure d'hébergement		

MESURE DE PROTECTION

Faites-vous l'objet d'une mesure de protection : Oui Non En cours

Si oui, de quel type ? : Sauvegarde de justice Curatelle Tutelle

Attention : joindre impérativement une copie du jugement

Nom et adresse du représentant légal (tuteur ou curateur ou organisme chargé de la gestion de la mesure) :

Téléphone : _____ Courriel : _____

PERSONNE RÉFÉRENTE (personne qui rencontre très régulièrement le demandeur)

NOM et Prénom : _____

Adresse : _____

Lien avec le demandeur : _____ Téléphone : _____ Courriel : _____

AIDES EXISTANTES (fournir la photocopie de la décision d'attribution)

Bénéficiez-vous :

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| - d'une aide ménagère à domicile prise en charge par : . une caisse de retraite | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| . l'aide sociale départementale | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| - de la prestation de compensation du handicap : | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| - de l'allocation compensatrice pour tierce personne : | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| - de la majoration pour aide constante d'une tierce personne versée par la Sécurité sociale | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| - de la prestation complémentaire pour recours à tierce personne : | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |

Attention : l'APA n'est pas cumulable avec les aides citées ci-dessus.

Bénéficiez-vous de l'aide sociale à l'hébergement ? OUI NON

Si vous avez répondu NON, précisez si vous avez déposé conjointement à la présente demande un dossier d'aide sociale à l'hébergement : OUI NON

RESSOURCES ANNUELLES

<i>Indiquez les montants annuels</i>	Le demandeur	Le conjoint ou le concubin ou la personne avec laquelle le demandeur a conclu un Pacte civil de solidarité
Montant des retraites principales et complémentaires		
Salaires ou bénéfices déclarés		
Allocations, rentes et pensions diverses		
Pensions alimentaires versées par les descendants		
Revenus locatifs		
Revenus de biens mobiliers		
Revenus soumis au prélèvement libératoire		

PATRIMOINE DU FOYER

(Renseignements à fournir par le demandeur et, le cas échéant, par le conjoint, le concubin ou la personne avec laquelle il a conclu un PACS)

BIENS IMMOBILIERS

(À compléter si vous êtes propriétaire, usufruitier ou propriétaire indivis d'un ou de plusieurs biens immobiliers)

Je déclare ne posséder aucun patrimoine immobilier Je déclare posséder les biens immobiliers suivants :

Résidence principale	
Adresse : _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> occupée par le conjoint, le concubin, la personne avec laquelle le demandeur a conclu un PACS, un enfant ou un petit-enfant <input type="checkbox"/> bien occupé par un tiers <input type="checkbox"/> libre <input type="checkbox"/> si ce bien est en indivision, indiquer votre quote-part :

Autres biens immobiliers bâtis ou non bâtis				
Nature du bien	Adresse	Valeur locative (donner le montant «base» figurant sur la taxe foncière)	En location (indiquer oui ou non)	Quote part pour les biens en indivision

En cas de biens supplémentaires, fournir les renseignements correspondants sur une feuille libre.

BIENS MOBILIERS ET CAPITAUX NON PLACÉS

Je déclare ne posséder aucun biens mobiliers ni capitaux non placés
 Je déclare posséder les biens mobiliers et les capitaux non placés suivants :

Nature	Organisme bancaire ou postal	Montant du capital
Valeur des contrats d'assurance vie		
Biens mobiliers		
Œuvres d'art/objets de valeur		

Attention : les indications sur votre patrimoine vous sont demandées uniquement pour évaluer vos ressources.

Je soussigné(e), _____ agissant en mon nom propre/en ma qualité de représentant légal* désigné par le juge des tutelle certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant dans ce dossier de demande d'APA.

Je suis tenu(e) d'informer, dans les meilleurs délais, le Département des Hauts-de-Seine, de tout changement ultérieur de situation.

Je m'engage à fournir toutes les pièces justificatives demandées.

Je suis informé(e) que toute fausse déclaration ou falsification de document, toute obtention usurpée d'un droit, m'expose à des sanctions pénales et financières en application des articles 313-1, 313-7 et 313-8 du Code pénal, ainsi que, le cas échéant, à la récupération par le Département des sommes indûment perçues.

En cas de rejet de ma demande d'APA, j'autorise le Conseil départemental des Hauts-de-Seine à transmettre mon dossier aux caisses de retraite : OUI NON

Fait à _____ le ____ / ____ / 20 ____

Signature du demandeur
ou de son représentant légal

* Rayer la mention inutile

PIÈCES OBLIGATOIRES

- Pour les personnes de nationalité française : la photocopie intégrale de la carte nationale d'identité ou du passeport en cours de validité ou d'un extrait d'acte de naissance
- Pour les personnes étrangères ressortissantes de l'Espace Economique Européen : la photocopie intégrale de la carte nationale d'identité ou du passeport en cours de validité
- Pour les personnes étrangères non ressortissantes de l'Espace Economique Européen : la photocopie intégrale de la carte de résidence ou du titre de séjour en cours de validité
- La photocopie du dernier avis d'imposition ou de non imposition à l'impôt sur le revenu (les 2 feuilles recto-verso) du demandeur et de son conjoint ou de son concubin ou de la personne avec laquelle il a conclu un PACS :
 - . Si la demande est déposée entre janvier et août de l'année en cours N, il s'agit de l'avis d'imposition de l'année N-1
 - . Si la demande est déposée entre septembre et décembre de l'année en cours N, il s'agit de l'avis d'imposition de l'année N
- Un relevé d'identité bancaire au nom du demandeur ou de l'établissement d'accueil précisant les codes IBAN/BIC
- La photocopie intégrale du dernier relevé de la taxe foncière pour chaque propriété bâtie ou non bâtie, si le demandeur est propriétaire, usufruitier ou propriétaire indivis
- La photocopie du/des dernier(s) relevé(s) annuel(s) d'assurance vie souscrit(s) par le demandeur et son conjoint, ou concubin ou la personne avec laquelle il a conclu un PACS

Le dossier de demande d'Allocation personnalisée d'autonomie sera déclaré complet à condition que celui-ci soit dûment complété, daté et signé et que les justificatifs cités ci-dessus soient joints à la demande.

PIÈCES COMPLÉMENTAIRES

Pour une demande d'APA à domicile :

- Le certificat médical spécifique à l'allocation personnalisée d'autonomie, complété par le médecin traitant (à mettre dans l'enveloppe prévue à cet effet)
- La demande de renseignements concernant les proches aidants du demandeur (facultatif)
- La photocopie du jugement concernant la protection juridique

Pour une demande d'APA en établissement :

- une attestation de présence précisant la date d'entrée en établissement
- la photocopie d'un justificatif de domicile datant de moins de trois mois avant l'entrée en établissement
- la photocopie du jugement concernant la protection juridique

Ce dossier doit être adressé à :

**Conseil départemental des Hauts-de-Seine
Direction de l'Autonomie - Service Prestations pour l'Autonomie
Unité de l'APA à domicile ou en établissement
2-16, boulevard Soufflot - 92015 Nanterre Cedex**

Dispositions relatives à la loi « informatique et libertés »

Les traitements de l'aide sociale départementale sont informatisés. Ils sont donc soumis aux dispositions de la loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978 qui protège les droits et libertés individuels. Conformément à l'article 27 de cette loi, les personnes auprès desquelles sont recueillies des informations nominatives sont informées que :

1. Toutes les réponses aux différents questionnaires sont obligatoires : un défaut de réponse entraînera des retards ou une impossibilité dans l'instruction du dossier.
2. Les destinataires des informations collectées sont exclusivement des administrations et organismes habilités à connaître des dossiers de l'aide sociale en application des articles L.133-5, L.221-7 ou L.221-8 du Code de l'action sociale et des familles
3. En tout état de cause, les personnes concernées ont un droit d'accès et de rectification sur les informations nominatives stockées ou traitées informatiquement. Pour exercer ce droit, vous devez vous adresser, en justifiant de votre identité, à la Direction de l'Autonomie - Service des Prestations aux personnes âgées - 2 à 16, boulevard Soufflot - 92015 Nanterre Cedex

ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE

CERTIFICAT MÉDICAL

Mon Cher Confrère,

La loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 crée une **allocation personnalisée d'autonomie** destinée à mieux répondre à la prise en charge des personnes âgées de plus de 60 ans en perte d'autonomie.

La **perte d'autonomie est définie** comme l'état de la personne qui, nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir, a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou requiert une surveillance régulière.

La **demande d'allocation personnalisée d'autonomie** est instruite par une équipe médico-sociale du département qui comprend au moins un médecin et un travailleur social et dont l'un au moins se rend chez l'intéressé(e).

Le **montant de l'allocation** accordée est modulé en fonction du degré de perte d'autonomie et des ressources.

Le degré de perte d'autonomie est évalué par l'équipe médico-sociale (EMS) à l'aide d'une grille nationale AGGIR dont les éléments permettent de déterminer le groupe iso-ressources dont relève votre patient(e).

Pour optimiser cette évaluation, je vous serais obligé de bien vouloir remettre à votre patient(e) sous pli confidentiel, le certificat médical ci-joint pour qu'il le joigne à son dossier de demande. Ce certificat ne sera ouvert que par le médecin départemental.

Au cours de l'instruction, vous pourrez être consulté par l'équipe médico-sociale. Si votre patient(e) le souhaite, vous pourrez assister à la visite à domicile effectuée par un membre de l'équipe.

En vous remerciant par avance de votre utile collaboration et restant à votre disposition pour de plus amples renseignements, je vous prie de croire, mon cher confrère, en l'assurance de ma considération distinguée.

Le médecin du Conseil général
Service de l'aide sociale aux personnes âgées

ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE

N° dossier : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____

Adresse habituelle : _____

Poids : _____ Taille : _____

Antécédents médicaux et chirurgicaux :

- _____
- _____
- _____

Prescriptions actuelles susceptibles d'apporter des renseignements sur le degré d'autonomie et son évolution :

- _____
- _____

Observance du traitement par votre patient(e) : _____

Médicaments

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Autres

ex : kiné, soins à domicile, aides techniques

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Fonctions supérieures :

- Pas de troubles
- Troubles mineurs
- Troubles majeurs

Troubles du comportement

- Pas de troubles
- Troubles mineurs
- Troubles majeurs

En cas de troubles pouvez-vous en préciser l'origine ? _____

**Le tableau ci-dessous est destiné à
recueillir votre appréciation sur les activités de la vie courante
effectuées par votre patient(e)**

ACTIVITES	APPRÉCIATIONS
Avoir un comportement sensé et/ou soutenir une conversation logique	
S'orienter dans le temps et dans les lieux	
Hygiène corporelle - Toilette	
Se vêtir correctement	
Manger seul(e)	
Assumer l'hygiène de l'élimination	
Se lever, se coucher, s'asseoir	
Se déplacer à l'intérieur	
Se déplacer à l'extérieur	
Alerter en cas de problèmes ou de danger	
Préparer son repas	
Faire son ménage	

Selon vous, quelles sont les priorités à mettre en œuvre pour aider votre patient à son domicile ?

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

L'équipe médico-sociale doit prendre contact avec vous. Pouvez-vous indiquer les coordonnées téléphoniques, les jours et heures où il est le plus facile de vous joindre.

- _____
- _____

Fait à _____
le _____

Signature du médecin (cachet)

Si le certificat médical est rempli par un médecin hospitalier ou provient d'un établissement de séjour temporaire, merci de nous préciser les coordonnées du médecin traitant habituel.

