

DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE D'UNE PERSONNE DE 60 ANS OU PLUS

NOM de naissance : **Prénom** :

NOM marital (pour les femmes) :

Commune : **Canton** :

Je soussigné(e), agissant : en mon nom propre

Je soussigné(e), (Nom, prénom)

agissant **en qualité de représentant ou d'aidant** de (Nom, prénom)

⇒ Certifie sur l'honneur l'**exactitude des renseignements** figurant dans ce dossier de demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie

à domicile

en établissement

⇒ Déclare avoir joint à cette demande **les pièces obligatoires ci-dessous** :

Un extrait d'acte de naissance ou la photocopie du livret de famille ou de la carte nationale d'identité ou d'un passeport de la communauté européenne ; s'il s'agit d'un demandeur de nationalité étrangère, la photocopie de la carte de résidence ou du titre de séjour,

La photocopie du dernier avis d'imposition ou de non imposition à l'impôt sur le revenu du demandeur et, le cas échéant, de son conjoint, son concubin ou la personne avec laquelle il a conclu un pacte civil de solidarité,

La photocopie des derniers relevés des taxes foncières sur les propriétés bâties et sur les propriétés non bâties du demandeur et, le cas échéant, de son conjoint, son concubin ou la personne avec laquelle il a conclu un pacte civil de solidarité,

Le relevé des capitaux placés du foyer (demandeur et, le cas échéant, de son conjoint, son concubin ou la personne avec laquelle il a conclu un pacte civil de solidarité),

Un relevé d'identité bancaire ou postal (le cas échéant, celui de son tuteur).

⇒ Il est par ailleurs utile que vous puissiez joindre **le certificat médical rempli par votre médecin-traitant**, afin d'apporter des informations complémentaires et nécessaires à l'évaluation de vos droits à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie.

Fait à, le.....

Signature :

B - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES REVENUS ET LE PATRIMOINE

1 - Allocations :

Percevez-vous (ou votre conjoint) :

- l'Allocation de Solidarité aux Personnes Agées oui - non *Montant :*
- l'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne oui - non *Montant :*
- la Prestation de Compensation du Handicap oui - non *Montant :*
- l'Aide Ménagère au titre de l'Aide Sociale départementale oui - non
- l'aide ménagère versée par les caisses de retraite (le Conseil départemental prendra directement l'attache de votre caisse de retraite) oui - non
- la Majoration pour Tierce Personne (MTP) oui - non
- la Prestation Complémentaire pour recours à Tierce Personne (PC RTP) oui - non

2 - Ressources ne figurant pas dans l'avis d'imposition ou de non-imposition à l'impôt sur le revenu : revenus soumis au prélèvement libératoire en application des articles 125-0 A et 125 D du code général des impôts (à renseigner pour le demandeur et, le cas échéant, son conjoint, son concubin ou la personne avec laquelle il a conclu un pacte civil de solidarité) :
(joindre l'imprimé concernant le relevé des capitaux placés)

3 - Patrimoine dormant (à renseigner pour le demandeur et, le cas échéant, son conjoint, son concubin ou la personne avec laquelle il a conclu un pacte civil de solidarité) :

Biens immobiliers non productifs de revenus :

Adresse des propriétés bâties : oui - non

Adresse des propriétés non bâties : oui - non

Biens mobiliers et capitaux non placés

(dont assurance vie)

.....

En vertu de l'article L.135-1 du code de l'action sociale et des familles, toute fraude ou fausse déclaration entraîne des poursuites judiciaires et l'application des peines prévues par les articles 313-1, 313-7, 313-8 du code pénal (de cinq ans d'emprisonnement et de 275 000 euros d'amende), ainsi que le recouvrement des prestations indûment perçues.

**C – DEMANDE SIMPLIFIEE D'UNE CARTE D'INVALIDITE
ET D'UNE CARTE DE STATIONNEMENT**

- Souhaitez-vous bénéficier de la carte d'invalidité prévue à l'article L.241-3 **OUI - NON**

- Souhaitez-vous bénéficier de la carte de stationnement prévue à l'article L.243-3-2 **OUI - NON**

D – RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PROCHES AIDANTS DU DEMANDEUR

Ce volet du dossier de demande vise à apporter des premières informations sur les personnes de votre famille, ou de votre entourage amical, ou de votre voisinage, qui vous apportent une aide dans la vie quotidienne, que l'on dénommera « aidants » dans ce qui suit.

Coordonnées du représentant de la personne âgée et/ou des aidants :

Nom/Prénom :

Age de votre ou de vos aidants :

Lieu de résidence de votre ou vos aidants :

Adresse :

Tél. :

Nature de votre lien avec votre ou vos aidants :

Nature de l'aide apportée :

Durée et périodicité approximatives de cette aide pour une journée, une semaine ou un mois,
(selon ce qui vous paraît le plus pertinent)

Coordonnées du médecin traitant :

Nom/Prénom :

Adresse :

Tél. :

● A renseigner si le demandeur fait l'objet d'une mesure de :

sauvegarde de justice

tutelle

curatelle

Si oui, joindre une photocopie du jugement

Nom et adresse du tuteur ou de l'association chargée de la gestion des biens :

Nom.....

Adresse Tél

Ce dossier doit être adressé à :

Monsieur le Président du Conseil Départemental

Direction de l'Autonomie des Personnes

Hôtel du Département – 3 rue Guillemette – 30044 NIMES CEDEX 9

Direction de l'Autonomie des Personnes

Tél. : 04 66 70 58 02
Fax : 04 66 70 58 20

CM N°

Date .../.../...

CERTIFICAT MEDICAL

- ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE
 AIDE MENAGERE Aide sociale
 DUREE PRESSENTIE DE L'AIDE : Temporaire
 Permanente

Cher Confrère,

Ce Certificat Médical est destiné aux Médecins Evaluateurs de la Direction de l'Autonomie ; il doit apporter un maximum de précisions et être joint au dossier administratif sous enveloppe cachetée «secret médical». Concernant la prise en charge des toilettes, il vous est demandé de bien vouloir préciser en page 4, dans la rubrique «suggestion de plan d'aide», si celles-ci relèvent du «soin» avec nécessité de faire intervenir une infirmière ou un SSIAD, ou bien si elles constituent une aide à un acte de la vie courante qui pourra être réalisée le cas échéant par un service d'aide à domicile. Votre attention est vivement attirée sur le fait que sans cette information écrite il ne sera pas possible de traiter les besoins en toilette.

1 – IDENTIFICATION DU DEMANDEUR

NOM _____ Prénom _____
 Nom de naissance _____
 Date et lieu de naissance ____/____/____/ Age _____
 Adresse _____
 Commune _____ Code Postal _____

2 – PRISE EN CHARGE MEDICALISEE EN COURS

Nom du médecin traitant : _____ ☎ _____
 Nom de l'infirmier ou du SSIAD : _____ ☎ _____

Le patient bénéficie-t-il de soins ? **OUI** **NON** Préciser la fréquence (1)
 Actes infirmiers libéraux/SSIAD _____
 Actes de masso-kinésithérapie libéraux _____

Le patient bénéficie-t-il d'Aides Techniques (cocher les cases correspondantes)

- Aides aux transferts et Nursing :**
 Lit médical Appareil de verticalisation Réhausseur WC
 Soulève-malade Chaise percée Barres de soutien
Aides à la déambulation :
 Cannes Fauteuil roulant à propulsion manuelle
 Déambulateur Fauteuil roulant à propulsion électrique
 Aides à l'audition
 Aides à la vision (autre que verres correcteurs)
 Aides à la prise de médicaments
 Autres (en clair) : ex. : portage de repas, télé-alarme, aide-ménagère _____

(1) quotidien, bi-quotidien, hebdomadaire, x jours par semaine

3 – PATHOLOGIE / HANDICAP

Diagnostic principal : _____

Date d'apparition des troubles : _____

Pathologies associées : _____

Maladie d'Alzheimer (ou autre démence) : OUI NON MMS /30

Fin de vie / soins palliatifs : OUI NON

Sortie d'hospitalisation : Service _____ date prévue _____

4 – TRAITEMENT EN COURS

Il est important de rappeler que pour pouvoir décider de l'attribution d'une Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA), la Commission se base sur la connaissance du degré d'autonomie de la personne âgée dans sa vie de tous les jours au moment de la constitution de son dossier. C'est pourquoi, il est nécessaire que vous donniez une description de ce que la personne peut faire ou non à ce moment de sa vie.

Le diagnostic est utile pour évaluer les perspectives d'évolution de la dépendance, mais seul, il ne peut pas permettre de se positionner sur l'octroi ou non de la prestation.

5 – GRILLE D’EVALUATION D’AUTONOMIE AGGIR

ITEM	EVALUATION	COTATION	PRECISIONS
COHERENCE ET COMMUNICATION	A - pas de trouble visible	A	<input type="checkbox"/> Déambulation
	B - troubles légers, besoin de stimulations	B	<input type="checkbox"/> Fugues
	C - confusion, incohérence, agressivité	C	<input type="checkbox"/> Agressivité
ORIENTATION	A - repères corrects	A	
	B - désorientation épisodique	B	
	C - perte des repères (temps, espace)	C	
TOILETTE	A - pas d'aide	A	
	B - aide partielle à la réalisation	B	
	C - assistance complète	C	
HABILLAGE	A - correct sans ou presque sans aide	A	
	B - doit être aidé ou stimulé	B	
	C - se trompe systématiquement, ne s'habille pas	C	
ALIMENTATION	A - sans aide	A	<input type="checkbox"/> troubles de la déglutition
	B - aide partielle se servir <input type="checkbox"/> manger <input type="checkbox"/>	B	<input type="checkbox"/> hachée
	C - aide totale ou alimentation artificielle	C	<input type="checkbox"/> mixée
HYGIENE DE L'ELIMINATION	A - pas d'aide	A	<input type="checkbox"/> accompagnement aux toilettes
	B - aide partielle urinaire <input type="checkbox"/> fécale <input type="checkbox"/>	B	<input type="checkbox"/> protection(s) de jour
	C - aide totale urinaire <input type="checkbox"/> fécale <input type="checkbox"/>	C	<input type="checkbox"/> protection(s) de nuit
TRANSFERTS	A - pas d'aide	A	<input type="checkbox"/> aide humaine
	B - aide légère	B	<input type="checkbox"/> aide technique
	C - aide totale	C	<input type="checkbox"/>
DEPLACEMENTS A L'INTERIEUR	A - seul, sans aide	A	<input type="checkbox"/> aide humaine
	B - aide occasionnelle ou partielle	B	<input type="checkbox"/> aide technique
	C - aide totale	C	
DEPLACEMENTS A L'EXTERIEUR	A - sort seul, sans aide	A	<input type="checkbox"/> aide humaine
	B - doit être aidé, stimulé	B	<input type="checkbox"/> aide technique
	C - ne sort pas seul spontanément	C	
ALERTER	A - utilise seul les différents systèmes d'alerte	A	
	B - utilisation inconstante	B	
	C - ne sait pas ou ne peut pas appeler	C	

Cadre réservé à l'administration

Date : **GIR médical**

Date : **Pré-validation**

Date : **GIR validé**

**RELEVÉ DES CAPITAUX PLACÉS DU FOYER DANS LE CADRE
DE L'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE**

NOM :PRENOM :

Numéro de dossier :

Je soussigné(e), atteste sur l'honneur que les renseignements portés sur le présent document sont exacts.

PRODUITS	M.	MME	CAPITAL	INTERETS ANNUELS PERCUS OU CAPITALISES
Compte(s) courants				
Compte(s) courants				
Livret(s) d'épargne A				
Livret(s) d'épargne B				
Livret d'Epargne Populaire (LEP)				
CODEVI				
Livret ou compte épargne logement				
Bons d'épargne, de caisse, de capitalisation				
Epargne Assurance Vie (fournir contrat)				
Plan d'Epargne Populaire				
Obligations, Actions				
SICAV et fonds communs de placement				
SCPI				
Bons anonymes				
Autres (à préciser)				

Tous les capitaux détenus (imposables ou non-imposables) par le demandeur, son conjoint, son concubin ou son partenaire PACS sont à déclarer.

A défaut de renseignements concernant les intérêts perçus ou capitalisés un taux de 3 % sera appliqué (article R.132-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles).

Fait à : le

Le demandeur

Pour le demandeur

Le tuteur