

Réservé à l'administration	
	Zone _____
	DF complet _____

**Demande
d'Allocation Personnalisée d'Autonomie (A.P.A.)
et de Carte Mobilité Inclusion (C.M.I.)
pour une personne de 60 ans ou plus**

Nom de famille : _____

Nom d'usage : _____

Prénom : _____

Commune : _____

- Allocation Personnalisée d'Autonomie
à domicile*
- Allocation Personnalisée d'Autonomie
en établissement*

A adresser à :
DGA Solidarités départementales
Maison départementale
de l'autonomie
B.P. 7370
34086 - Montpellier Cedex 4

* Cocher la case correspondante

A - Renseignements concernant le demandeur

	Le demandeur	Le conjoint, son concubin ou la personne avec laquelle il a conclu un PACS	Compléments d'informations relatifs à l'adresse actuelle
Nom de famille			<ul style="list-style-type: none"> ● Précisez s'il s'agit : <ul style="list-style-type: none"> 1 <input type="checkbox"/> du domicile 2 <input type="checkbox"/> de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées 3 <input type="checkbox"/> d'un accueil familial, à domicile et à titre onéreux, agréé par le président du Conseil départemental ● dans les cas 2 ou 3 précisez votre adresse dans les trois mois qui ont précédé votre entrée en établissement ou en accueil familial : _____
Nom d'usage			
Prénom			
Date et lieu de naissance			
Adresse actuelle			<ul style="list-style-type: none"> ● si vous êtes sans résidence stable, précisez le nom de l'association ou du CCAS auprès duquel vous avez élu domicile : _____
Depuis le : ____/____/____ <i>Précisez Jour / Mois / Année</i>			
N° Sécurité Sociale complet ----- (clé)			
Nationalité			
Situation de famille (marié, célibataire, divorcé, veuf, concubin, pacs)			<p style="text-align: center;">Renseignements pratiques</p> <ul style="list-style-type: none"> ● n° de téléphone obligatoire (le votre et/ou celui d'une personne pouvant vous contacter pour la visite d'évaluation) : _____
Régime de retraite principale			
Profession du conjoint et adresse de l'employeur			
Les ressources annuelles		Le conjoint, son concubin ou la personne avec laquelle il a conclu un PACS	
Pensions et retraites			<ul style="list-style-type: none"> ● Personne à contacter en cas de besoin (facultatif) : _____
Allocations diverses (ex. : aides au logement, allocation adultes handicapés, allocation spéciale vieillesse, rente accident du travail, pension d'invalidité)			
Revenus du capital mobilier et immobilier			
Salaire ou bénéfice déclaré			
Total annuel			

B - Patrimoine du foyer et montant d'imposition

Biens immobiliers (adresse, nature)	leur valeur locative indiquée dans le dernier relevé de la taxe foncière sur les propriétés bâties ou non bâties (base).
Total	Total

C - Renseignements complémentaires

Habitation : propriétaire locataire

● Aides dont vous bénéficiez actuellement :
 aide ménagère servie par aide sociale
 caisse de retraite : précisez son nom _____

allocation compensatrice tierce personne
 date d'attribution : _____
 par le département : _____

prestation de compensation du handicap

prestation complémentaire pour recours à tierce personne

majoration tierce personne

Attention : aucune des prestations ci-dessus n'est cumulable avec l'allocation personnalisée d'autonomie

● Faites-vous l'objet d'une mesure de :
 sauvegarde de justice tutelle curatelle

Nom et adresse du tuteur chargé de la gestion des biens : _____

D - Demande simplifiée d'une carte mobilité inclusion (CMI). Voir imprimé B

Je soussigné(e), agissant **en mon nom propre/en ma qualité de représentant** ¹ de

M _____

- ◆ autorise la transmission de mon dossier par le conseil départemental aux caisses de retraite (en cas de rejet de l'allocation personnalisée d'autonomie). oui non
- ◆ certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus.
- ◆ certifie être informé (e) que toute fausse déclaration ou falsification de document, toute obtention usurpée d'un droit m'exposerait à des sanctions pénales et financières prévues par la loi et m'engage à fournir toutes les pièces justificatives qui me seraient demandées.

Fait à _____ le _____

Signature

¹ rayer la mention inutile.

Informations sur L'APA

Qu'est-ce-que l'APA ?

L'Allocation Personnalisée d'Autonomie est une prestation en nature, accordée par le Président du Conseil départemental. Elle est destinée aux personnes âgées en perte d'autonomie, c'est-à-dire des personnes ayant besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie.

Elle peut être attribuée aux personnes résidant à leur domicile, en famille d'accueil, ou dans un établissement.

A qui s'adresse-t-elle ?

Vous pouvez prétendre au bénéfice de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie si :

- vous avez 60 ans ou plus
- vous répondez à certaines conditions de perte d'autonomie
- vous résidez en France de manière stable et régulière (une présence ininterrompue d'une durée **d'au moins trois mois** dans le département est nécessaire préalablement à votre demande).

APA et degré de perte d'autonomie

Le droit à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie est ouvert si votre degré de perte d'autonomie, déterminé par une équipe médico-sociale, se situe dans les groupes iso-ressources (Gir) 1, 2, 3 ou 4*

***Selon une grille nationale d'évaluation, la perte d'autonomie est classée en groupes iso-ressources, allant de 1 (absence totale d'autonomie) à 6 (autonomie courante complète).**

APA à domicile

Le plan d'aide

En fonction de votre perte d'autonomie, un plan d'aide personnalisé et évolutif est élaboré et proposé par l'équipe médico-sociale. Vous devez signer cette proposition et la renvoyer au service APA du Conseil départemental dans un **délai de 10 jours** suivant sa réception. Si vous refusez cette proposition, vous pouvez présenter vos observations et en demander la modification.

Les droits sont ouverts à compter de la date de commission.

L'allocation est affectée à la couverture partielle ou totale des dépenses d'aides humaines (aides ménagères, préparation des repas etc...) et / ou aides techniques (téléalarme etc..)

En matière d'aides humaines vous avez le choix entre 3 possibilités de service :

- **service prestataire** : vous devez faire appel à un service d'aide à domicile autorisé par le Président du Conseil départemental garantissant un service de qualité et assuré par des professionnels
- **service mandataire** : vous faites appel à une association chargée de recruter pour vous la personne que vous allez directement employer
- **gré à gré** : vous salariez la personne de votre choix sauf conjoint, concubin ou personne avec laquelle vous avez conclu un Pacs

En tant qu'employeur vous devez faire une déclaration auprès du Centre national du Chèque emploi service universel (CESU) et déclarer mensuellement les heures allouées dans le plan d'aide, sur le site : www.cesu.urssaf.fr, ou par courrier : **Centre national du Chèque emploi service universel – 63, rue de la Montat – 42961 Saint Etienne cedex 9**

APA en établissement

Le médecin, ou l'équipe médico-sociale de l'établissement évalue votre degré d'autonomie, qui détermine le montant de votre Allocation Personnalisée d'Autonomie.

L'Allocation versée à l'établissement aide à acquitter le tarif dépendance de l'établissement qui vous accueille, à l'exclusion des dépenses liées à l'hôtellerie et aux soins.

Les droits à l'APA sont ouverts à compter de la date d'entrée en établissement (sauf cas particuliers, notamment hors département)

Le montant de l'APA à domicile

Le montant de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie varie en fonction de votre plan d'aide, de votre perte d'autonomie et de vos ressources.

Vous participez à la prise en charge de votre perte d'autonomie

En fonction de vos ressources, une participation financière (ticket modérateur) vous sera demandée selon un barème national.

L'APA est-elle récupérable ?

Au contraire des autres prestations d'aide sociale, l'Allocation Personnalisée d'Autonomie n'est pas récupérable par le Conseil départemental.

L'APA est-elle cumulable avec les autres prestations ?

L'APA ne peut se cumuler avec les aides financières accordées par votre régime de retraite pour les interventions d'aide ou de garde à domicile,

L'APA ne peut se cumuler avec l'Allocation Compensatrice Tierce Personne, la Prestation de Compensation du Handicap, la Prestation Complémentaire pour Recours à Tierce Personne, la Majoration Tierce Personne et l'aide-ménagère au titre de l'aide sociale.

Le dossier de demande d'APA comprend la demande simplifiée des cartes d'invalidité ou de stationnement qui peuvent être attribuées aux personnes bénéficiaires de l'APA et classées dans les Gir 1 et 2.

Où retirer le formulaire ?

Le formulaire d'APA peut être retiré auprès :

- des Services Départementaux de l'Autonomie (SDA) du Conseil départemental
- du Centre Communal d'action Sociale (CCAS) de votre domicile
- de la Maison Départementale de l'Autonomie (MDA) du Conseil départemental
- des Maisons Départementales des Solidarités



Points d'accueil APA

Le formulaire est à adresser à la Maison Départementale de l'Autonomie ou auprès d'un service départemental de l'autonomie

Siège et accueil central

MONTPELLIER

Maison départementale de l'autonomie

1350, rue d'Alco - BP 7370 / 34086 MONTPELLIER Cedex 4

Du lundi au vendredi de 8h30 à 12h30 et de 13h30 à 17h30

(sauf jeudi après-midi fermé au public accueil physique et téléphonique)

Tél : 04 67 67 69 30

Les services départementaux de l'autonomie

Service départemental de l'autonomie Est (SDA Est)

MONTPELLIER

1350, rue d'Alco

Tél : 04 67 67 40 00

Antenne de LUNEL

Bâtiment le Millénium 2,

390, avenue des Abrivados

Tél : 04 67 67 40 00

Service départemental de l'autonomie centre (SDA Centre)

SÈTE

427, bd de Verdun

Tél : 04 67 67 43 30

Antenne de CLERMONT-L'HÉRAULT

Place Jean Jaurès

Tél: 04 67 67 43 30

Service départemental de l'autonomie Ouest (SDA Ouest)

BÉZIERS

Maison de la Solidarité Éliane Bauduin

2, avenue Albert 1^{er}

Tél : 04 67 67 43 00

Antenne d'AGDE

Espace Mirabel - 27, rue Denfert Rochereau

Tél : 04 67 67 43 00

Antenne de PÉZENAS

Espace Laser

avenue Vidal de la Blache

Tél : 04 67 67 43 00

Antenne de SAINT-PONS-DE-THOMIÈRES

Route d'Artenac

Tél : 04 67 67 43 00

DGA SD - Les sites de la Maison départementale de l'autonomie (MDA)

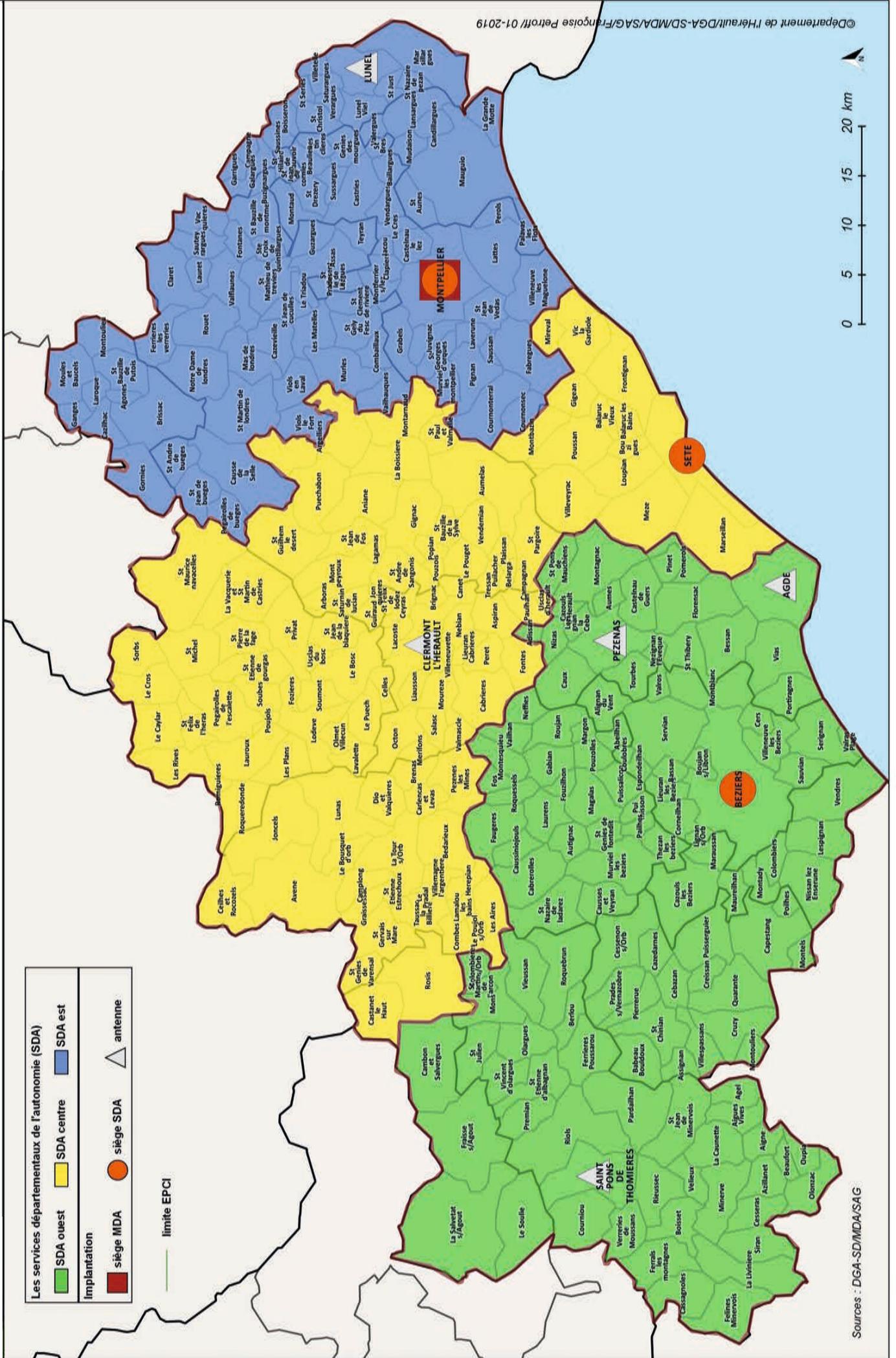
Les services départementaux de l'autonomie (SDA)

- SDA ouest
- SDA centre
- SDA est

Implantation

- siège MDA
- siège SDA
- antenne

— limite EPCI





A.P.A.

Allocation Personnalisée d'Autonomie

(+ 60 ans)

Liste des documents à joindre à tout dossier d'Allocation Personnalisée d'Autonomie

Attention

le conseil départemental se réserve le droit de demander des pièces complémentaires, si l'instruction du dossier le justifie.

Dossier familial

toutes les rubriques doivent être intégralement complétées.

Conformément aux articles 15 à 23 du Règlement Général de Protection des Données - RGPD et à la Loi informatique et libertés modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de limitation, de portabilité des informations qui vous concernent. Vous pouvez définir le sort de vos données après votre décès. Vous pouvez exercer vos droits, en justifiant de votre identité, en vous adressant à l'adresse électronique suivante : contact@mda.fr ou par courrier à l'adresse suivante : **Maison Départementale de l'Autonomie de l'Hérault - 1350, rue d'Alco - BP 7370 - 34086 Montpellier cedex 4** ou si besoin au Délégué à la Protection des Données à l'adresse électronique suivante : dpo@herault.fr

Allocation Personnalisée d'Autonomie

Tout dossier incomplet sera retourné

NE RIEN AGRAFER

Pièces obligatoires

- 1) Un justificatif d'identité si vous êtes de :
 - nationalité française ou ressortissant d'un pays membre de la Communauté Européenne (C.E.E.) : photocopie du livret de famille si enfants, de la carte d'identité, ou d'un passeport de la communauté européenne, ou un extrait d'acte de naissance.
 - nationalité étrangère (hors C.E.E.) : photocopie de la carte de résidence ou du titre de séjour en cours de validité.
- 2) La photocopie de votre dernier avis d'imposition ou de non imposition à l'impôt sur le revenu. Le cas échéant, celui de votre conjoint, concubin, personne avec laquelle vous avez conclu un pacte civil de solidarité, ou celui de la personne qui vous déclare.
- 3) Un relevé d'identité bancaire ou postal (R.I.B. ou un R.I.P.) au nom du demandeur
- 4) Le cas échéant toute pièce justificative des biens relevant du patrimoine dormant (photocopie recto-verso du dernier relevé des taxes foncières sur les propriétés bâties et sur les propriétés non bâties, ...).
- 5) La copie du jugement de tutelle ou de curatelle, s'il y a lieu.
- 6) La photocopie de votre carte vitale.
- 7) Si vous résidez en établissement, fournir l'attestation jointe fixant le degré de dépendance et la date d'entrée dans l'établissement (renseignée par l'établissement) (imprimé A).
- 8) Si vous résidez dans un établissement hors de l'Hérault, joindre copie de l'arrêté de tarification de cet établissement. (Il appartient à l'établissement de vous fournir le document pour compléter votre dossier de demande).
- 9) Certificat médical obligatoire pour toute demande d'APA avec demande de carte mobilité inclusion ainsi que l'imprimé B « Demande simplifiée d'une carte mobilité inclusion (CMI)

Pièces facultatives

- 10) L'imprimé choix du mode d'intervention (pour l'A.P.A. à domicile) (imprimé C).
- 11) L'imprimé facultatif « renseignements concernant les proches aidants » (imprimé D)
- 12) Certificat médical obligatoire pour toute demande d'APA sans demande de carte mobilité inclusion



Informations relatives aux données personnelles

Les informations recueillies vous concernant font l'objet d'un traitement informatique destiné à instruire votre demande d'aide auprès de la Maison Départementale de l'Autonomie (MDA) de l'Hérault, 1350 rue d'Alco, 34080 Montpellier. Le Département de l'Hérault est responsable de ce traitement.

Ce traitement est nécessaire au respect d'une obligation légale à laquelle le Département est soumis.

Finalités

Ce traitement a pour finalités :

- L'évaluation de la situation et des besoins des personnes âgées ainsi que, le cas échéant, de leurs proches aidants;
- L'évaluation de leurs ressources en vue du calcul de leurs droits à l'APA ;
- La notification des décisions relatives à l'APA, le paiement de cette aide aux bénéficiaires ou aux services, établissements et prestataires intervenant à leur profit ;
- Le suivi des interventions des services du conseil départemental auprès des demandeurs et des bénéficiaires ;
- La facilitation des échanges avec d'autres conseils départementaux ou d'autres institutions nécessaires à l'appréciation des droits des demandeurs et bénéficiaires ;
- L'utilisation des informations nécessaires au suivi et au traitement des procédures amiables, recours gracieux et actions contentieuses ;
- La réalisation du contrôle de l'utilisation des prestations ;
- La connaissance de la population des demandeurs et bénéficiaires de l'APA à des fins de pilotage départemental ;
- L'amélioration du parcours de santé des bénéficiaires de l'APA ;
- La production de statistiques pour réaliser des études de connaissances de la population.

Données personnelles collectées

Les données personnelles collectées sont conformes à l'article R232-41 du Code de l'Action Sociale et des Familles.

Durée de conservation

Le département de l'Hérault doit conserver les données relatives à un demandeur ou un bénéficiaire, y compris le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques pendant six ans après la cessation de son droit à la prestation ou après l'intervention d'une décision définitive en cas de contentieux.

Accès et destinataires des données

Les agents de la MDA peuvent accéder au traitement des données selon leur habilitation.

Les destinataires des données personnelles collectées sont ceux figurant aux articles R232-38 et R232-45 du Code de l'Action Sociale et des Familles.

Droits d'accès aux données

Conformément aux articles 15 à 23 du Règlement Général de Protection des Données - RGPD et à la Loi informatique et libertés modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de limitation, de portabilité des informations qui vous concernent. Vous pouvez définir le sort de vos données après votre décès. Vous pouvez exercer vos droits, en justifiant de votre identité, en écrivant à l'adresse électronique : contact-md@herault.fr ou par courrier à :

Maison Départementale de l'Autonomie de l'Hérault
1350 Rue d'Alco
BP 7370
34086 Montpellier cedex 4

ou le cas échéant au Délégué à la Protection des Données à l'adresse électronique : dpo@herault.fr

Un traitement algorithmique intervient pour certaines décisions individuelles. Vous pouvez retrouver les règles définissant ce traitement sur les sites pour-les-personnes-agees.gouv.fr/facile-a-lire-et-a-comprendre/comment-votre-gir-est-il-calculé ou cnsa.fr

Vous pouvez également introduire une réclamation auprès de la CNIL
(3, place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 Paris cedex 07 - cnil.fr)



Allocation Personnalisée d'Autonomie (A.P.A.)

(+ 60 ans)

(Imprimé A)

Si vous êtes hébergé(e) en établissement, votre établissement doit indiquer votre degré de perte d'autonomie en complétant ce document :

Réservé à l'établissement

Nom et prénom du demandeur : _____

Etablissement : _____

GIR : _____

Date d'entrée dans l'établissement : _____

Date : _____

Cachet de l'établissement

Demande simplifiée d'une **carte mobilité inclusion (CMI)**

Article L 241-3 du CASF

dans le cadre de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)

(Imprimé B)

Nom de naissance :	Prénom :
Nom d'usage :	Date de naissance :
Adresse :	
E-mail :	(indispensable pour le suivi des cartes sur le portail bénéficiaires CMI)

Vous souhaitez bénéficier de : *(cocher la ou les cases correspondantes)*

- la carte mobilité inclusion comportant la mention « invalidité » ou « priorité »
- la carte mobilité inclusion comportant la mention « stationnement pour personnes handicapées »

Situation 1 :

Si l'APA vous est accordée **au titre du GIR 1 ou 2**, vous pouvez bénéficier sans autre condition et à titre définitif de la CMI « invalidité » avec besoin d'accompagnement et de la CMI « stationnement pour personnes handicapées ».

Situation 2 :

Après évaluation de l'équipe médico-sociale et si votre situation le justifie (classement dans un **GIR supérieur à 2**), la CMI « priorité » ou « invalidité » et/ou la CMI « stationnement pour personnes handicapées » pourront vous être attribuées.

Date :

Signature du demandeur ou de son représentant légal :



Allocation Personnalisée d'Autonomie (A.P.A.)

Choix du mode d'intervention

(Imprimé C)

A remplir pour l'APA à domicile (facultatif)

Je soussigné (Mme, M.) _____

Demeurant : _____

choisis le mode d'intervention suivant :

Prestataire :

Vous ne souhaitez pas être employeur et faites appel à un prestataire de services.

Nom de l'organisme de services à la personne : _____

Mandataire :

Vous souhaitez employer directement une aide à domicile (à l'exception de votre conjoint, concubin, ou de la personne avec laquelle vous avez conclu un PACS) en confiant la gestion administrative de cet emploi à un Organisme de services à la personne

Nom de l'organisme mandataire si possible : _____

Gré à gré :

Vous souhaitez employer directement une aide à domicile (à l'exception de votre conjoint, concubin, ou de la personne avec laquelle vous avez conclu un PACS).

Vous vous engagez à respecter les obligations légales qui s'imposent à tout employeur.

Nom et prénom de l'aide à domicile si possible : _____

Date : _____

Signature



Allocation Personnalisée d'Autonomie (A.P.A.)

(Imprimé D)
A remplir pour l'APA à domicile (facultatif)

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, de votre entourage amical ou de voisinage qui vous apportent une aide dans la vie quotidienne, dénommées "aidants". Conformément à l'article L. 113-1-3 du code de l'action sociale et des familles (CASF) est considéré comme aidant : «...toute personne qui lui vient en aide, **de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel**, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne. »

> Nom et prénom de votre ou de vos aidants :

.....
.....
.....

> Age de votre ou de vos aidants :

.....
.....

> Lieu de résidence de votre ou de vos aidants :

.....
.....

> Nature de votre lien avec votre ou vos aidants :

.....
.....

> Nature de l'aide apportée (par exemple : accompagnement dans les déplacements à l'extérieur de votre domicile, courses...) :

.....
.....

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

.....
.....



Certificat médical relatif à une demande d'APA à domicile avec ou sans demande de CMI

Ce certificat médical est adressé au médecin de l'équipe médico-sociale (EMS) en charge de l'allocation personnalisée autonomie (APA) du département.

Il peut donner lieu à un échange et partage d'informations au sein de l'EMS APA qui constitue une équipe de soins. Les informations communiquées avec l'accord de votre patient serviront à établir le plan d'aide APA le plus adapté à sa situation et à déterminer son éligibilité à une carte mobilité inclusion (CMI).

Vous pouvez joindre à ce certificat les comptes rendus et documents les plus récents et significatifs permettant de mieux comprendre la situation.

Nom(s) : **Prénom(s) :**

Nom de naissance : **Né(e) le :**

Adresse :

1. Pathologie(s) et signe(s) clinique(s) contribuant à l'atteinte de l'autonomie

.....
.....
.....
.....

Précisez les signes cliniques ayant un retentissement significatif sur la vie quotidienne de la personne (apragmatisme, dénutrition, troubles de l'équilibre, troubles cognitifs, troubles de la communication, etc.) :

.....
.....
.....
.....

2. Prise(s) en charge(s) thérapeutique(s)

Indiquez les prises en charges thérapeutiques présentes de manière prolongée et pouvant avoir des répercussions dans la vie de la personne du fait de mode d'administration, de temps de traitement, de répétitions, d'effets secondaires, de contraintes géographiques, etc. (chimiothérapie, dialyse, ...) :

.....
.....
.....
.....

3. Perspective d'évolution de l'atteinte de l'autonomie

- Stabilité Amélioration (préciser la durée prévisible des limitations fonctionnelles : < 1 an > 1 an
 Aggravation Evolutivité majeure Non définie

4. Mobilité - Déplacements

> **Périmètre de marche ?** < 200 m > 200 m

> **Le patient a-t-il :**

	Non	Oui
○ Une station debout pénible ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ Une prothèse externe des membres inférieurs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ Une oxygénothérapie pour tous ses déplacements?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

> **Pour ses déplacements, la personne a-t-elle besoin systématiquement d'une aide ?** Non Oui (précisez)

- Aide humaine (quelles que soient les difficultés rencontrées)
 Canne Déambulateur Fauteuil roulant
 Autre aide technique (précisez) :

5. Évaluation de la perte d'autonomie

Mobilité, manipulation et capacité motrice	Réalisé seul et/ou avec une aide technique	Réalisé avec l'aide d'un proche ou d'un professionnel	Non réalisé	Ne se prononce pas
Assurer ses transferts (se lever, s'asseoir, se coucher) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déplacer à l'intérieur du domicile :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déplacer à l'extérieur du domicile :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avoir la préhension manuelle :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avoir des activités de motricité fine :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Précisions :

.....

.....

Autres actes essentiels de la vie quotidienne	Réalisé seul et/ou avec une aide technique	Réalisé avec l'aide d'un proche ou d'un professionnel	Non réalisé	Ne se prononce pas
Faire sa toilette :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'habiller, se déshabiller :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manger et boire des aliments préparés :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assurer l'hygiène de l'élimination fécale :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Précisions :

.....

.....

Cognition / Capacité cognitive	Réalisé seul et/ou avec une aide technique	Réalisé avec l'aide d'un proche ou d'un professionnel	Non réalisé	Ne se prononce pas
S'orienter dans le temps :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'orienter dans l'espace :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gérer sa sécurité personnelle :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maîtriser son comportement :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cohérence des réponses aux questions ? Oui Non Si connu, indiquez le score MMS : /

Précisions:

.....

.....

6. Déficiences sensorielles

- > **En cas de déficience auditive avec un retentissement significatif**, merci de joindre le compte rendu type pour un bilan auditif rempli par un ORL (Volet 1 du Cerfa n°15695*01-certificat médical MDPH)
- > **En cas de déficience visuelle avec un retentissement significatif**, merci de joindre le compte-rendu type pour un bilan ophtalmologique rempli par un ophtalmologiste (Volet 2 du Cerfa n°15695*01-certificat médical MDPH)

Document rédigé à la demande du patient et remis en main propre.

Fait à _____, le _____

Cachet du médecin ou n° RPPS Signature