TOURAINE
LE DÉPARTEMENT

**Imprimé à retourner complété, signé et accompagné des pièces justificatives énumérées en page 3 de la notice**

# Demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie

☐ A domicile ☐ En EHPAD ou USLD

## A - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DEMANDEUR, SON CONJOINT OU SON CONCUBIN, OU LA PERSONNE AVEC LAQUELLE IL A CONCLU UN PACTE CIVIL DE SOLIDARITÉ

| | **LE DEMANDEUR - Personne concernée par la perte d'autonomie** (dans le cas de demande pour un couple, remplir deux dossiers). | **LE CONJOINT, ou LE CONCUBIN ou LA PERSONNE AYANT CONCLU UN PACS** |
|---|---|---|
| NOM d'usage | | |
| NOM de naissance | | |
| Prénom | | |
| Date de naissance | | |
| Lieu de naissance | | |
| Nationalité | | |
| Situation de famille | | |
| Êtes-vous retraité(e) | ☐ oui ☐ non | ☐ oui ☐ non |
| Caisse de retraite principale | | |
| N° de SS | | |

**Adresse actuelle du demandeur**

N° ..... rue ou lieu-dit .....

Code postal ..... Commune .....

Téléphone : ..... Courriel .....

**Date d'arrivée à cette adresse :** ..... **Adresse précédente** (à renseigner si le demandeur est en établissement, en famille d'accueil, en foyer logement, ou réside à l'adresse actuelle depuis moins de 3 mois) .....

.....

Précisez s'il s'agit *(1)* :

☐ du domicile habituel,

☐ d'un hébergement au sein de la famille,

☐ d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées :

☐ EHPAD ou USLD*(2)* ☐ Foyer logement ☐ Résidence service ☐ Petite Unité de Vie

☐ Autre (préciser) .....

nom de l'établissement .....

date d'entrée .....

☐ du domicile d'un particulier accueillant à titre onéreux (Accueil familial agréé par le Conseil départemental) :

nom de l'accueillant .....

date de début d'accueil .....

Adresse du conjoint (si différente de celle du demandeur) : .....

.....

*(1) cocher la case correspondante (2) S'il s'agit d'un EHPAD situé hors Indre-et-Loire, joindre l'arrêté départemental de tarification.*

**MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE :** OUI ☐ NON ☐

Si oui : Sauvegarde de justice ☐ Tutelle ☐ Curatelle ☐ Habilitation familiale ☐

Coordonnées du représentant légal ou de l'organisme chargé de la mesure :

Nom et Adresse .....

Courriel : ..... Numéros de Tél. (obligatoire) .....

*(joindre la photocopie du jugement)*

**PERSONNE RÉFÉRENTE À CONTACTER** (pour la visite d'évaluation à domicile ou en cas d'urgence):

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse .....

Courriel : .....

Numéros de Tél. (obligatoire) .....

Souhaitez-vous que cette personne soit votre référent courrier et le reçoive : ☐ oui ☐ non

S'agit-il d'un membre de la famille ? ☐ oui ☐ non

nature du lien : .....

Médecin traitant : Dr .....Tél .....

## B - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES REVENUS ET LE PATRIMOINE

| **1/ Ressources ne figurant pas sur l'avis d'imposition ou de non-imposition à l'impôt sur le revenu** | | **Cochez s'il s'agit du Patrimoine du** | |
|---|---|---|---|
| | Montant | Demandeur | Conjoint, concubin ou pacs |
| Revenus soumis au prélèvement libératoire en application des articles125-0 A et 125 D du code général des impôts | | ☐ | ☐ |
| | | ☐ | ☐ |
| | | ☐ | ☐ |

**2/Allocations**

Percevez-vous les allocations ou les prestations suivantes :

⚠ **Attention, aucune de ces prestations n'est cumulable avec l'APA**

| | | |
|---|---|---|
| majoration pour aide constante d'une tierce personne (MTP) | ☐ oui ☐ non | Montant ..... |
| allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) | ☐ oui ☐ non | Montant ..... |
| prestation complémentaire pour recours à tierce personne (PCRTP) | ☐ oui ☐ non | Montant ..... |
| aide ménagère servie par votre caisse de retraite | ☐ oui ☐ non | Montant ..... |
| aide ménagère servie par le Conseil départemental | ☐ oui ☐ non | Montant ..... |
| prestation de compensation du handicap (PCH) | ☐ oui ☐ non | Montant ..... |

*(1) cocher la case correspondante*

| 3/ Patrimoine dormant | | | Cochez s'il s'agit du Patrimoine du | |
|---|---|---|---|---|
| Biens immobiliers | Adresse | Valeur locative* | Demandeur | Conjoint, concubin ou pacs |
| propriétés bâties (hormis la résidence principale) | | | ☐ | ☐ |
| propriétés non bâties | | | ☐ | ☐ |
| Biens mobiliers et capitaux non placés dont Assurance Vie | Nature | Montant | Demandeur | Conjoint, concubin ou pacs |
| | | | ☐ | ☐ |

** figurant sur le dernier relevé de taxe foncière - Joindre la photocopie de la taxe foncière.*

## DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e), M./Mme ..... agissant en mon propre nom / en ma qualité de représentant légal de M./Mme .....,

- certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus qui sont fournis dans le cadre d'une demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie et m'engage à faciliter toute enquête pour les vérifier et à faire part de toute modification de ma situation et de celle de mon conjoint,
- autorise le Conseil départemental à transmettre mon dossier à ma caisse de retraite en cas de rejet d'APA,

Fait à .....

Le .....

Signature du demandeur
ou de son représentant légal

Toute fausse déclaration ou falsification de document, toute obtention usurpée d'un droit, exposent le signataire à des sanctions pénales et financières prévues par la loi (article 441-6 du Code pénal).

## C - DEMANDE SIMPLIFIÉE D'UNE CARTE D'INVALIDITÉ ET D'UNE CARTE EUROPÉENNE DE STATIONNEMENT (CARTE MOBILITÉ INCLUSION)

Si les conditions de dépendance sont réunies (GIR 1 et 2) :

| | |
|---|---|
| Souhaitez-vous bénéficier de la carte d'invalidité prévue à l'article L.241-3 du code de l'action sociale et des familles | ☐ oui ☐ non |
| Souhaitez-vous bénéficier de la carte européenne de stationnement prévue à l'article L.241-3-2 du code de l'action sociale et des familles | ☐ oui ☐ non |

## D - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PROCHES AIDANTS DU DEMANDEUR

Si vous le souhaitez, vous pouvez nous apporter des informations sur les personnes de votre famille ou de votre entourage amical ou de voisinage qui vous apportent une aide dans la vie quotidienne, qu'on dénommera « aidants » dans ce qui suit.

| | | |
|---|---|---|
| Nom et prénom de votre aidant ou de vos aidants | | |
| Age de votre aidant ou de vos aidants | | |
| Lieu de résidence de votre aidant ou de vos aidants | | |
| Nature de votre lien avec votre aidant ou vos aidants | | |
| Nature de l'aide apportée (ex : accompagnement dans les déplacements, courses...) | | |
| Durée et périodicité approximatives de cette aide | Par jour : | Nombre d'interventions :<br>Temps d'intervention : |
| | Ou par semaine : | Nombre d'interventions :<br>Temps d'intervention : |
| | Ou par mois : | Nombre d'interventions :<br>Temps d'intervention : |

TOURAINE
LE DÉPARTEMENT

# DECLARATION PATRIMOINE DORMANT (Assurances Vie)

## Patrimoine dormant du demandeur, du conjoint, du concubin ou de la personne avec laquelle vous avez conclu un PACS*

**Pièce obligatoire pour toute demande d'APA** *(application du décret n°2016-2010 du 26 février 2016 article 2)*

Cette déclaration permet de calculer les ressources retenues au titre de l'APA pour établir le montant de votre participation au plan d'aide. Ce patrimoine vous appartient et n'est pas récupérable par le Conseil départemental au titre de l'APA.

**Je soussigné(e), M**

**Né(e) le**

**Domicilié(e)**

☐ **Déclare posséder les assurances vie suivantes :**

| Demandeur | | Conjoint, concubin ou partenaire du PACS | |
|---|---|---|---|
| Organisme | Valeurs | Organisme | Valeurs |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

- ***Joindre pour chacune des assurances vie le dernier relevé annuel transmis par l'organisme et mentionnant le montant du capital acquis***
- ***Pour les couples, déclarer les assurances vie détenues par chacun des membres du couple.***

☐ **Déclare ne pas posséder d'assurances vie**

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus et je reconnais que des sanctions peuvent être encourues en cas de déclaration inexacte ou incomplète.

**A** **, le** **Signature** (Identification du signataire si différent du bénéficiaire) :

TOURAINE
LE DÉPARTEMENT

# CERTIFICAT MEDICAL

relatif à une demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) à Domicile
avec ou sans demande de Carte(s) Mobilité Inclusion (CMI)

*Ce certificat médical contient les éléments nécessaires pour que les équipes d'évaluation APA établissent le plan le plus adapté à la situation de votre patient. Il est obligatoire dans le cadre d'une attribution de CMI.*

**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 impact significatif sur la vie quotidienne de la personne** (*apragmatisme, dénutrition, troubles de l'équilibre, troubles cognitifs,...*) **:**

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

> **Existe-t-il une déficience auditive ayant un retentissement significatif ?**

**Non** ☐ **Oui** ☐ (*merci de joindre un certificat ORL avec un audiogramme tonal*)

> **Existe-t-il une déficience visuelle ayant un retentissement significatif ?**

**Non** ☐ **Oui** ☐ (*merci de joindre un certificat ophtalmologique précisant l'acuité visuelle de loin et de près avec correction ainsi que les éventuelles atteintes du champ visuel)*

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

Si oui, précisez : .....
.....
.....
.....

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

☐ Stabilité ☐ Amélioration (durée prévisible des limitations fonctionnelles : .....)
☐ Aggravation ☐ Evolutivité majeure ☐ Non définie

## 4. Mobilité - Déplacements

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

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

| | Non | Oui |
|---|---|---|
| o Une station debout pénible ? | ☐ | ☐ |
| o Une prothèse externe des membres inférieurs ? | ☐ | ☐ |
| o Une oxygénothérapie ? | ☐ | ☐ |

> **Pour ses déplacements, le demandeur a-t-il besoin d'une aide ? Non** ☐ **Oui** ☐ (précisez)

☐ Aide humaine ☐ Canne ☐ Déambulateur ☐ Fauteuil roulant
☐ Autre aide technique (précisez) : .....

> **Le demandeur a-t-il besoin d'être accompagné par une tierce personne du fait d'une altération d'une fonction mentale, cognitive, psychique ou sensorielle ? Non** ☐ **Oui** ☐

**Aidez-vous de la grille d'appréciation suivante pour répondre aux questions suivantes à choix multiples**

| Ⓐ | Ⓑ | Ⓒ | Ⓓ | NSP |
|---|---|---|---|---|
| **Réalisé sans difficulté et sans aucune aide** | **Réalisé avec difficulté ou aide autre qu'humaine** | **Réalisé avec aide humaine : directe ou stimulation** | **Non réalisé** | **Ne se prononce pas** |

**Mobilité, manipulation et capacité motrice**

| | Ⓐ | Ⓑ | Ⓒ | Ⓓ | NSP |
|---|---|---|---|---|---|
| Marcher : | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Se déplacer à l'intérieur : | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Se déplacer à l'extérieur : | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Préhension main dominante : | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Préhension main non dominante : | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Motricité fine : | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

Précisions :.....
.....
.....

**Cognition / Capacité cognitive**

| | Ⓐ | Ⓑ | Ⓒ | Ⓓ | NSP |
|---|---|---|---|---|---|
| Orientation dans le temps : | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Orientation dans l'espace : | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Gestion de la sécurité personnelle : | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Maitrise du comportement : | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

**Réponse adaptée aux questions ?** **Non** ☐ **Oui** ☐ **Si connu, indiquez le score MMS : /**

Précisions:
.....
.....
.....

**Entretien personnel**

| | Ⓐ | Ⓑ | Ⓒ | Ⓓ | NSP |
|---|---|---|---|---|---|
| Faire sa toilette : | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| S'habiller, se déshabiller : | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Manger et boire des aliments préparés : | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire : | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Assurer l'hygiène de l'élimination fécale : | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

Précisions :.....
.....
.....

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

---

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

Fait à

Signature et CACHET du médecin
ou n° RPPS et ADELI

Signature du patient (non obligatoire)