

- Allocation personnalisée d'autonomie (APA)





DEMANDE D'APA

Allocation personnalisée d'autonomie À DOMICILE OU EN ÉTABLISSEMENT



Vous avez 60 ans et plus, vous résidez en France de façon stable et régulière, vous avez besoin d'aide pour l'accomplissement des actes de la vie ? Le Département de la Loire vous propose l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA).

QU'EST-CE QUE L'APA ?

- **L'APA** est une prestation en nature attribuée en fonction de votre degré de perte d'autonomie, quel que soit votre niveau de ressources.
- **L'APA** ne fait l'objet d'aucun recours sur succession, donation ou legs.
- **L'APA** couvre les besoins des personnes âgées classées en GIR* 1 à 4, déterminés à l'aide de la grille nationale AGGIR*.
- **L'APA** concerne les personnes âgées vivant à domicile ou hébergées en établissement.

À QUOI SERT L'APA ?

À domicile

L'APA doit être utilisée à la couverture des dépenses de toute nature relevant du plan d'aide individuel élaboré avec vous, par l'équipe médico-sociale.

Ce plan d'aide peut comprendre :

- l'intervention d'une aide à domicile,
- l'installation d'une télé-assistance reliée à une centrale d'écoute,
- le portage de repas,
- l'adaptation de votre logement,
- les frais de séjour dans une structure d'accueil de jour ou d'accueil temporaire.

En établissement

L'APA est destinée à couvrir le tarif dépendance de l'établissement qui comprend les dépenses d'aide à la vie quotidienne, à l'exclusion de celles liées à l'hôtellerie et aux soins.





QUEL EST LE MONTANT DE L'APA ?

À domicile

Il peut varier de 29,28 € à 1 714,80 € par mois selon votre degré de perte d'autonomie (GIR*), vos besoins et vos ressources (tarif en vigueur au 1^{er} janvier 2017). Une participation peut vous être demandée selon vos revenus et le montant de votre plan d'aide.

En établissement

Le montant de l'APA varie selon le tarif dépendance propre à l'établissement qui vous accueille. Comme pour l'APA à domicile, une participation peut rester à votre charge.

COMMENT EST ATTRIBUÉE L'APA ?

La Maison Loire Autonomie étudie votre demande. Votre dossier comporte une instruction administrative et une évaluation médico-sociale.

À domicile

Un membre de l'équipe médico-sociale se rend à votre domicile, pour évaluer votre perte d'autonomie (GIR*). Il vous conseille et élabore avec vous un « plan d'aide » prévoyant les différents services à mettre en œuvre pour faciliter votre maintien à domicile.

En établissement

L'équipe soignante de l'établissement évalue votre perte d'autonomie (GIR*) en lien avec un médecin de la Maison Loire Autonomie. Le Département de la Loire a fait le choix du versement de l'APA aux établissements volontaires sous forme de dotation globale.

- **Dans les établissements ayant opté pour un financement par dotation globale**, vous n'avez aucune démarche à effectuer. Le versement de l'APA à l'établissement est automatique et vient en déduction du tarif dépendance.
- **Dans les établissements n'ayant pas opté pour un financement par dotation globale**, vous devez constituer un dossier de demande individuelle. L'APA vous sera versée directement et vous permettra de régler le tarif dépendance.

*GROUPE ISO-RESSOURCES (GIR) : DÉFINITION

Le GIR est la mesure de votre degré d'autonomie. Celui-ci est évalué par le médecin ou le travailleur social qui suit votre dossier. Il existe six « GIR », numérotés de 1 (les personnes les moins autonomes) à 6 (les personnes les plus autonomes). Seules les personnes relevant des GIR 1 à 4 peuvent bénéficier de l'APA. Plus la perte d'autonomie est importante, plus l'aide apportée par l'APA est élevée.

DANS QUEL DÉLAI EST ATTRIBUÉE L'APA ?

À domicile

Le droit à l'APA est ouvert à partir de la date de notification de la décision du président du Département de la Loire. Cette décision doit intervenir dans un délai de deux mois, à compter de la date de dépôt du dossier de demande complet.

En établissement

Le droit à l'APA est ouvert à la date de dépôt du dossier de demande complet.

L'APA EST-ELLE RENOUVELABLE ?

Si elle n'est pas limitée dans le temps, l'APA à domicile fait tout de même l'objet d'une révision périodique. Elle peut être révisée à tout moment en cas de modification de votre situation.

OÙ VOUS RENSEIGNER ET RETIRER VOTRE DOSSIER ?

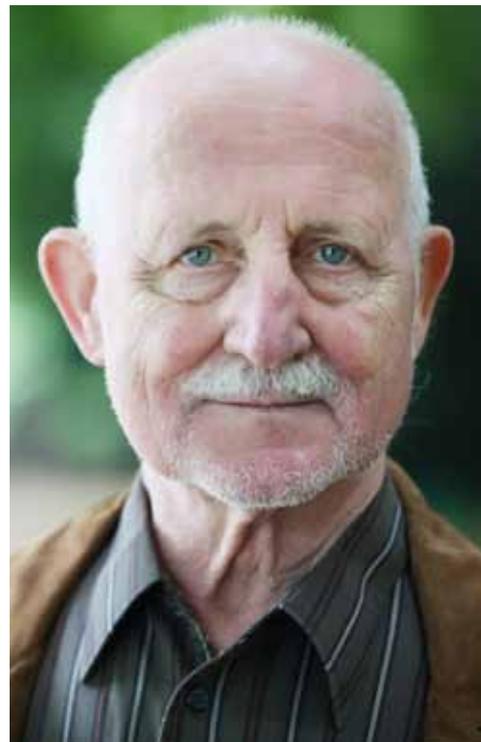
- Auprès de la Maison Loire Autonomie du Département.
- Auprès de votre mairie, du Centre communal d'action sociale (CCAS).
- Auprès des établissements d'hébergement.
- Auprès des services de maintien à domicile.

OÙ DÉPOSER VOTRE DOSSIER ?

Votre dossier complet d'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) est à déposer ou à renvoyer à la Maison Loire Autonomie dont dépend votre commune.

- **MONTBRISON** : 53 rue de la République - 42600 Montbrison
- **ROANNE** : 31-33 rue Alexandre Raffin - 42300 Roanne
- **SAINT-CHAMOND** : 31 rue de la République - 42400 Saint-Chamond
- **SAINT-ÉTIENNE** : 23 rue d'Arcole - 42000 Saint-Étienne (pour nous rencontrer)
2 rue Charles de Gaulle - 42022 Saint-Étienne Cedex 1
(pour nous écrire)

**Des permanences sont organisées
dans toute la Loire. Pour connaître le lieu d'accueil
le plus proche de votre domicile,
composez le numéro unique
04 77 49 91 91**





LISTE DES PIÈCES À FOURNIR

IMPRIMÉS CI-JOINTS :

1. **Le formulaire de demande** (doc 1)
2. **Le certificat médical** rempli par le médecin traitant à remettre sous pli cacheté (doc 2)
3. **La grille AGGIR** remplie par le médecin traitant (doc 3)



IMPRIMÉS À RAJOUTER :

1. **La photocopie du livret de famille, de la carte nationale d'identité, d'un passeport européen ou un extrait d'acte de naissance.**
Si le demandeur est de nationalité étrangère, la photocopie de la carte de résidence ou le titre de séjour
2. **La photocopie de la carte vitale** du demandeur
3. **La photocopie recto-verso du dernier avis d'imposition sur le revenu** du demandeur, de son conjoint, de son concubin ou de la personne avec laquelle il a conclu un PACS
4. **La photocopie des avis d'imposition recto-verso relatifs aux taxes foncières** sur les propriétés bâties et non bâties
5. **La photocopie des relevés annuels des contrats d'assurance vie**
6. **Le relevé d'identité bancaire ou postal du compte courant** du demandeur
7. **La photocopie du jugement**, si existence d'une mesure de protection juridique (tutelle, curatelle, sauvegarde de justice)
8. **La photocopie du contrat d'accueil** si le demandeur réside dans une famille d'accueil agréée
9. **L'attestation d'entrée en établissement** si le demandeur réside en établissement



LA MAISON LOIRE AUTONOMIE

proche de chez vous

ROANNE

31-33 rue Alexandre Raffin
42300 Roanne

MONTBRISON

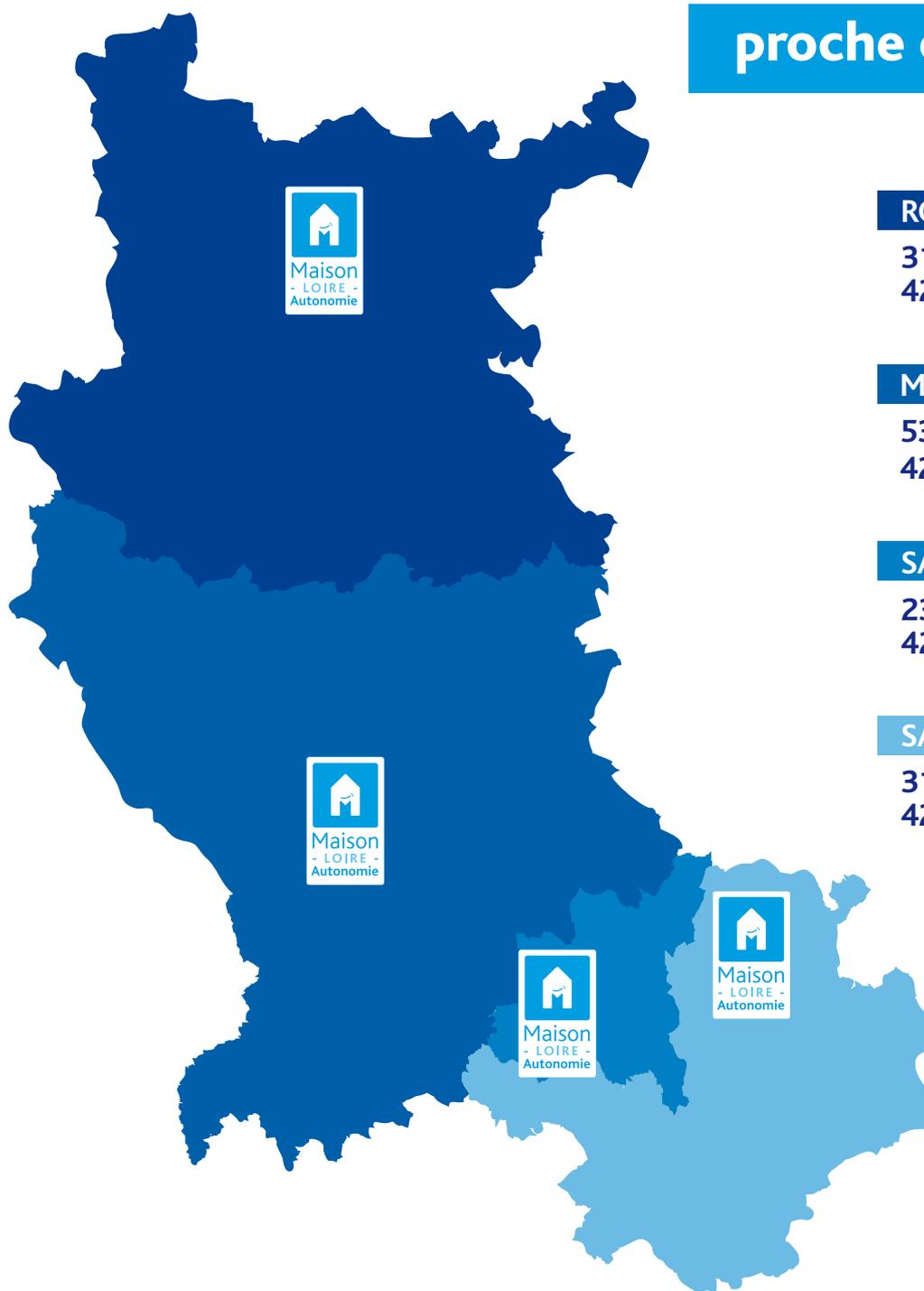
53 rue de la République
42600 Montbrison

SAINT-ÉTIENNE

23 rue d'Arcole
42000 Saint-Étienne

SAINT-CHAMOND

31 rue de la République
42400 Saint-Chamond



Des permanences sont organisées dans toute la Loire.
Pour connaître le lieu d'accueil le plus proche
de votre domicile, composez le 04 77 49 91 91
ou consultez le site www.loire.fr/seniors

DÉPARTEMENT DE LA LOIRE
MAISON LOIRE AUTONOMIE

Hôtel du Département / 2 rue Charles de Gaulle
42022 Saint-Étienne cedex 1

Loire
LE DÉPARTEMENT

**TOUT DOSSIER NON SIGNÉ
NE POURRA FAIRE L'OBJET D'UNE ÉTUDE (voir fin de dossier)**

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DEMANDEUR

	DEMANDEUR	<input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Concubin <input type="checkbox"/> Pacsé
Nom - Prénom		
Nom de naissance		
Date et lieu de naissance		
N° de sécurité sociale (organisme)		
Nationalité	<input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Ressortissant Union européenne <input type="checkbox"/> Ressortissant hors Union européenne	<input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Ressortissant Union européenne <input type="checkbox"/> Ressortissant hors Union européenne
Date d'arrivée en France (pour les étrangers)		
Situation de famille (célibataire, marié, divorcé, veuf, concubin, pacsé)		
Caisse de retraite principale		

Mentionnez si vous faites l'objet d'une mesure de protection :

- sauvegarde de justice
 tutelle
 curatelle simple
 curatelle renforcée
 autre (précisez : MAJ, habilitation familiale :)

Nom et adresse de l'organisme, de la personne chargée de la gestion des biens :

.....

 Tél.

ADRESSE ACTUELLE DU DEMANDEUR

Adresse :

 Tél.

Précisez s'il s'agit : du domicile de l'établissement d'hébergement (date d'entrée :)
 de l'accueil familial par un particulier à domicile à titre onéreux dans le cadre de la loi du 10 juillet 1989 (date de début de l'accueil :)
 autre (ex : chez un enfant, un parent)

Adresse précédente du demandeur :

- Si vous êtes en établissement > Indiquez l'adresse du domicile avant la première entrée en établissement

- Si vous êtes à domicile, en cas de déménagement depuis moins de 3 mois > Indiquez l'adresse précédente

.....

ADRESSE DU CONJOINT, CONCUBIN, PACSÉ (si différente de celle actuelle du demandeur)

Adresse :

3. Assurance vie (fournir un relevé annuel de chaque contrat souscrit)

- Avez-vous souscrit un ou des contrats d'assurance vie ? oui non

Montant des capitaux placés :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PROCHES AIDANTS DU DEMANDEUR

Ce volet du dossier vise à apporter les premières informations sur les personnes de votre famille ou de votre entourage amical qui apportent une aide dans votre vie quotidienne. On les dénommera « aidants » dans ce qui suit.

Bien que ce soit facultatif, il est recommandé de remplir le tableau ci-dessous.

NOM	PRÉNOM	ADRESSE	TÉLÉPHONE	LIEN

Nature de l'aide apportée par vos aidants :

- Surveillance/présence responsable
- Aide aux déplacements à l'intérieur du logement
- Aide aux déplacements à l'extérieur
- Aide pour entretenir le logement et le linge
- Aide à la toilette
- Aide à la préparation des repas
- Autre, précisez :
- Aide à la prise des repas
- Coordination des intervenants professionnels
- Gestion administrative et financière
- Stimulation par des activités (loisirs, sorties, etc.)
- Aide à la communication et aux relations sociales
- Aide au suivi médical

PERSONNE(S) À JOINDRE POUR TOUT RENSEIGNEMENT COMPLÉMENTAIRE (enfants, parents)

Nom / prénom	Adresse / téléphone
.....
.....
.....
.....
.....

MÉDECIN TRAITANT

Nom / prénom	Adresse / téléphone
.....
.....
.....

OBSERVATIONS COMPLÉMENTAIRES (facultatif)

.....

.....

.....

.....

.....

Je soussigné(e),

Agissant en mon nom propre / en ma qualité de représentant de
reconnais avoir pris connaissance des dispositions ci-dessous.

■ FRAUDE (article 135-1 du code de l'action sociale et des familles)

Sans préjudice des paiements en restitution, quiconque aura frauduleusement bénéficié ou tenté de bénéficier de l'aide sociale, sera puni des peines prévues aux articles 313-1, 313-2, 313-7 et 313-8 du code pénal.

■ CHANGEMENT DE SITUATION

Tout changement de situation du bénéficiaire de l'aide sociale devra être signalé aux services du Département (pôle vie sociale). J'autorise la Maison Loire Autonomie à transmettre les éléments du dossier aux caisses de retraite et à la Maison départementale des personnes handicapées de la Loire (MDPH).

Je certifie sur l'honneur :

- l'exactitude des renseignements fournis dans le cadre de cette demande,
- ne pas être titulaire d'une majoration tierce personne 3^e catégorie sécurité sociale (MTP) ou de la prestation complémentaire pour recours à une tierce personne (PC RTP).

Fait à

Signature :

Le

DISPOSITIONS CONCERNANT LES DROITS DES CITOYENS DANS LEURS RELATIONS AVEC L'ADMINISTRATION

En application des dispositions du livre III du code des relations entre le public et l'administration, les personnes qui le demandent pourront consulter les documents relatifs à la présente demande les concernant. Les modalités d'accès seront appliquées conformément aux dispositions édictées par la loi.

DISPOSITIONS RELATIVES AU TRAITEMENT AUTOMATISÉ DE DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Les traitements relatifs à cette demande sont informatisés. Ils sont donc soumis aux dispositions de la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, qui protège les droits et libertés individuels.

Toute personne dispose du droit de décider et de contrôler les usages qui sont faits des données à caractère personnel la concernant.

Conformément à l'article 32 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, les personnes auprès desquelles sont recueillies des informations nominatives, sont informées que :

- Toutes les réponses aux différents questionnaires sont obligatoires. Un défaut de réponse entraînera des retards ou une impossibilité d'instruction du dossier.
- Les destinataires des informations collectées sont exclusivement les administrations et organismes habilités à connaître des dossiers d'aide sociale à domicile ou en établissement.
- En tout état de cause, les personnes concernées ont un droit d'accès et de rectification des informations nominatives stockées ou traitées informatiquement. Pour l'exercice de ce droit, il convient de vous adresser, en justifiant de votre identité, à Monsieur le président du Département à l'adresse ci-dessous :



**À REMETTRE
SOUS PLI CACHETÉ À L'INTÉRESSÉ**

À l'attention du médecin traitant

Dans l'intérêt du suivi de votre patient, et pour permettre à l'équipe médico-sociale d'effectuer une étude du dossier dans les meilleurs délais, je vous remercie de bien vouloir compléter la demande ci-après, la grille AGGIR et d'y joindre tout document complémentaire que vous jugerez utile.

Il est rappelé que l'équipe médico-sociale est astreinte au secret médical (article 226-13 du code pénal) ; elle reste à votre disposition pour vous informer de la suite réservée à cette demande.

En vous remerciant par avance de votre obligeance, je vous prie d'agréer, cher confrère, l'expression de mes salutations confraternelles.

Le médecin autonomie de l'équipe médico-sociale

ÉTAT CIVIL DU DEMANDEUR

NOM NOM de naissance

Prénom Date de naissance

Sexe : F M

COORDONNÉES DU MÉDECIN TRAITANT

NOM Prénom

Adresse

..... Tél.

COORDONNÉES DU MÉDECIN QUI COMPLÈTE LE CERTIFICAT MÉDICAL

NOM Prénom

Adresse

..... Tél.

ORIGINE DE LA PERTE D'AUTONOMIE : LES PRINCIPALES PATHOLOGIES

GROUPE DE PATHOLOGIES	PATHOLOGIES	PATHOLOGIES PRINCIPALES (à cocher)	COMMENTAIRES
1. Cardio-vasculaires	1.1 Insuffisance cardiaque / myocardiopathie		
	1.2 Athérosclérose		
	1.3 Troubles du rythme		
2. Broncho-pulmonaires	2.1 Broncho-pneumopathies		
	2.2 Insuffisance respiratoire		
3. Neuro-psychiatriques	3.1 Accidents vasculaires cérébraux (à préciser)		
	3.2 Épilepsie		
	3.3 Syndrome parkinsonien		
	3.4 Pathologies neurodégénératives		
	3.5 États anxio-dépressifs		
	3.6 Psychose, délire, hallucinations		
	3.7 Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées		
	3.8 Éthylisme		
4. Ostéo-articulaires	4.1 Pathologies dégénératives (à préciser)		
	4.2 Pathologies inflammatoires (à préciser)		
	4.3 Séquelles post traumatiques (à préciser)		
5. Gastro-entérologiques	5.1 Affections hépatiques, biliaires, pancréatiques		
	5.2 Incontinence fécale		
	5.3 Autres		
6. Endocriniennes	6.1 Diabète		
	6.2 Dysthyroïdie		
	6.3 Dénutrition		
	6.4 Déshydratation		
7. Uro-néphrologiques	7.1 Insuffisance rénale		
	7.2 Incontinence urinaire		
8. Hématologie et cancérologie	8.1 Anémies		
	8.2 Cancers (à préciser)		
	8.3 Hémopathies malignes (à préciser)		
9. Pathologies sensorielles	9.1 Pathologies ophtalmologiques (à préciser)		
	9.2 Pathologies auditives (à préciser)		

TRAITEMENTS SUIVIS (Médicamenteux et/ou rééducation fonctionnelle)	PERSPECTIVES D'ÉVOLUTION (à cocher)			DÉFICIENCES - BILANS COMPLÉMENTAIRES	
	Pathologie aiguë	Pathologie chronique	Évolution péjorative		
				Signes de décompensation	
				<input type="checkbox"/> Assistance respiratoire éventuelle	
				<input type="checkbox"/> Dysarthrie <input type="checkbox"/> Aphasie, mutité	
				Possibilité de communication : <input type="checkbox"/> verbale <input type="checkbox"/> non verbale	
				Localisation	<input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> MSG <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIG
				Troubles de l'équilibre	
				Suivi neuro-psychiatrique	
				Troubles de mémoire	MMS : Imagerie :
				Troubles du comportement	<input type="checkbox"/> Agitation <input type="checkbox"/> Agressivité <input type="checkbox"/> Fugue <input type="checkbox"/> Déambulation
				Aides techniques	<input type="checkbox"/> Canne <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant <input type="checkbox"/> Déambulateur Autre :
				Type d'alimentation	
				<input type="checkbox"/> Troubles de déglutition <input type="checkbox"/> Stomie	
				Complications du diabète	<input type="checkbox"/> DNID <input type="checkbox"/> DID
				Poids :	
				Taille :	
				<input type="checkbox"/> Protections pour incontinence <input type="checkbox"/> SAD	
				<input type="checkbox"/> Dialyse Fréquence :	
				Acuité visuelle après correction	Œil droit : Œil gauche :
				Déficit auditif moyen	Oreille droite : Oreille gauche :

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES OBLIGATOIRES pour une demande de carte mobilité inclusion (CMI)

- **Station debout pénible** oui non
Si limitation, chiffrez la durée :
- **Périmètre de marche limité** oui non
Si limitation, chiffrez en mètres :
- **Montée/descente d'escaliers limitée** oui non
Si limitation, donnez le nombre d'étages :
- **Appareillages nécessaires pour les déplacements** oui non
(cane, déambulateur, fauteuil roulant, prothèse externe, etc.)
Si oui, précisez lesquels :
- **Oxygénothérapie** oui non
Si oui, chiffrez le débit et la durée :
- **Déplacements seul(e) :** possible impossible
- **Nécessité d'accompagnement :**
Pour trajets simples oui non
Pour trajets complexes oui non
- **Utilisation transports en commun :**
Seul(e) possible impossible
Accompagné(e) possible impossible
- **Conduite automobile :**
Sur véhicule classique possible impossible
Sur véhicule aménagé possible impossible

OBSERVATIONS COMPLÉMENTAIRES (facultatif)

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

Fait à Date

**Cachet et signature
du médecin (indispensable)**

Cette grille est destinée à évaluer la perte d'autonomie de la personne âgée à partir du constat des activités qu'elle effectue ou non. On ne doit pas tenir compte de l'aide apportée par les aidants et soignants. En revanche, les aides matérielles et techniques sont considérées comme faisant partie de la personne (lunettes, prothèses auditives, fauteuil roulant, canne, etc.)

ÉTAT CIVIL DU DEMANDEUR

NOM NOM de naissance

Prénom Date de naissance

GRILLE À REMPLIR

A : Fait seul(e) spontanément ET totalement ET habituellement ET correctement.

B : Fait seul(e) non spontanément ET/OU non totalement ET/OU non habituellement ET/OU non correctement.

C : Ne fait pas seul(e) OU l'activité est réalisée en partie par la personne, mais tout doit être refait à chaque fois.

			A	B	C
1	TRANSFERTS	• Se lever, se coucher, s'asseoir			
2	DÉPLACEMENTS À L'INTÉRIEUR	• Avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant			
3	TOILETTE	• Haut : visage, tronc, membres supérieurs, mains, rasage, coiffage			
		• Bas : membres inférieurs, pieds, régions intimes			
4	ÉLIMINATION	• Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire			
		• Assurer l'hygiène de l'élimination fécale			
5	HABILLAGE	• Haut : vêtements passés par les bras et/ou la tête			
		• Moyen : fermeture des vêtements, boutonnage, fermeture éclair, ceinture, pressions			
		• Bas : vêtements passés par le bas du corps, y compris chaussettes, bas, chaussures			
6	ALIMENTATION	• Se servir : couper la viande, peler un fruit, remplir son verre			
		• Manger les aliments préparés			
7	ALERTER	• Utiliser les moyens de communication à distance, téléphone, sonnette, téléalarme			
8	DÉPLACEMENTS À L'EXTÉRIEUR	• À partir de la porte d'entrée sans moyen de transport			
9	ORIENTATION	• Se repérer dans le temps : saison, moment de la journée			
		• Se repérer dans l'espace : lieux de vie habituels et lieux nouveaux			
10	COHÉRENCE	• Communication : avec autrui dans la vie courante			
		• Comportement : réactions adaptées aux situations, agressivité			

VOTRE PATIENT(E) BÉNÉFICIE-T-IL (ELLE) ?

- D'un service de soins à domicile oui non
- D'une infirmière à domicile oui non
- D'une aide à domicile oui non

Fait à Date

**Cachet et signature
du médecin (indispensable)**

À l'attention du médecin autonomie de l'équipe médico-sociale

CADRE RÉSERVÉ AU MÉDECIN TRAITANT

Nom du demandeur

Commune

Canton

Art. L1111-7 du code de la santé publique (art.11L n°2002-303 du 4 mars 2002) :
« Toute personne peut accéder directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'elle désigne,
aux informations à caractère médical qui la concernent dans les conditions définies par voie réglementaire »