

## DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE (APA) À DOMICILE

DGA « COHÉSION SOCIALE DES TERRITOIRES »  
MAISON DÉPARTEMENTALE DE L'AUTONOMIE

### NATURE DE LA DEMANDE

<input type="checkbox"/> 1 <sup>re</sup> demande	<input type="checkbox"/> Renouvellement
--	---

### MOTIF DE LA DEMANDE (plusieurs choix possibles)

<input type="checkbox"/> Fin/retour d'hospitalisation	<input type="checkbox"/> Maintien au domicile difficile
<input type="checkbox"/> Perte récente et/ou brutale d'autonomie	<input type="checkbox"/> Aggravation de la perte d'autonomie
<input type="checkbox"/> Autre (précisez) : .....	

DEMANDEUR	CONJOINT/CONCUBIN/PACSE <i>Si le conjoint, concubin, membre du PACS est décédé, préciser la date du décès : .....</i>
<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme	<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme
Nom de naissance :	Nom de naissance :
Nom usuel :	Nom usuel :
Prénom(s) :	Prénom(s) :
Date et lieu de naissance : .. / .. / .... à .....	Date et lieu de naissance : .. / .. / .... à .....
Nationalité : <input type="checkbox"/> FR <input type="checkbox"/> UE <input type="checkbox"/> Autres (précisez) : .....	Nationalité : <input type="checkbox"/> FR <input type="checkbox"/> UE <input type="checkbox"/> Autres (précisez) : .....
Date d'arrivée en FR pour les étrangers : .. / .. / ....	Date d'arrivée en FR pour les étrangers : .. / .. / ....
Téléphone (précisez si liste rouge) : .....	
Courriel / mail : .....	
Situation familiale : <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> marié(e) <input type="checkbox"/> pacsé(e) <input type="checkbox"/> vie maritale <input type="checkbox"/> divorcé(e) <input type="checkbox"/> séparé(e) <input type="checkbox"/> veuf(ve)	
Adresse où vit le demandeur au moment de la demande : .....	Adresse si différente du demandeur : .....
Depuis le : .. / .. / .... Si vous résidez depuis moins de 3 mois à cette adresse, précisez votre adresse précédente : .....	
Code postal / Commune : .....	Code postal / Commune : .....



DEMANDEUR	CONJOINT/CONCUBIN/PACSE <i>Si le conjoint, concubin, membre du PACS est décédé, préciser la date du décès : .....</i>
<b>Situation</b> <input type="checkbox"/> à domicile <input type="checkbox"/> au domicile d'un enfant <input type="checkbox"/> en résidence autonomie <input type="checkbox"/> dans une petite unité de vie (PUV) <input type="checkbox"/> en accueil familial <input type="checkbox"/> autre (précisez) : ..... ..... .....	<b>Situation</b> <input type="checkbox"/> à domicile <input type="checkbox"/> au domicile d'un enfant <input type="checkbox"/> en résidence autonomie <input type="checkbox"/> dans une petite unité de vie (PUV) <input type="checkbox"/> en accueil familial <input type="checkbox"/> autre (précisez) : ..... ..... .....
N° Sécurité Sociale : .....	N° Sécurité Sociale : .....
Organisme d'assurance maladie : ..... .....	Organisme d'assurance maladie : ..... .....
Mutuelle santé : .....	Mutuelle santé : .....
Nom et adresse de la caisse de retraite principale : ..... .....	Nom et adresse de la caisse de retraite principale : ..... .....
<b>Mesures de protection</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en cours Si oui : <input type="checkbox"/> Tutelle <input type="checkbox"/> Curatelle <input type="checkbox"/> Curatelle renforcée <input type="checkbox"/> Sauvegarde de justice <input type="checkbox"/> Habilitation familiale <input type="checkbox"/> Mandat de protection future	
Nom du représentant légal (tuteur ou curateur ou organisme chargé de la gestion de la mesure) : précisez le nom du délégué : ..... .....	
Adresse : ..... .....	
Téléphone : .....	
Courriel / mail : .....	

### COORDONNÉES DE LA PERSONNE RÉFÉRENTE À CONTACTER (SI NÉCESSAIRE)

Nom / prénom : .....
Adresse : .....
Téléphone : .....
Courriel / mail : .....
Qualité : <input type="checkbox"/> enfant <input type="checkbox"/> conjoint <input type="checkbox"/> famille <input type="checkbox"/> autre (précisez) : .....
<input type="checkbox"/> souhaite être contacté(e) / présent lors de la visite à domicile

### COORDONNÉES DU MÉDECIN TRAITANT :

Nom / Commune : ..... .....
-----------------------------------

## SITUATION ACTUELLE

L'APA n'est pas cumulable avec les prestations ci-dessous : merci de préciser si vous êtes bénéficiaire de :

BÉNÉFICIEZ-VOUS DE :	OUI	NON
ACTP (Allocation compensatrice tierce personne)		
MTP (Majoration pour tierce perce)		
Aide ménagère de l'aide sociale		
Aide ménagère d'une caisse de retraite (si oui, laquelle ? .....)		
PCH (Prestation de compensation du handicap)		
PC RTP (Prestation compensatrice pour recours à tiers responsable)		

Avez-vous déjà eu contact avec une assistante sociale ou un service d'évaluation désigné par votre caisse de retraite :  oui     non

Si oui, indiquez ses coordonnées : .....  
 .....  
 .....

## PATRIMOINE DU FOYER (DEMANDEUR, CONJOINT, CONCUBIN, PACSE)

Biens immobiliers <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
Nature des biens et adresses : <i>(Exemples : maison, appartement, terrains, terres agricoles)</i>	Usage actuel : <i>(Exemples : occupé par le demandeur, à titre gratuit, en fermage ou inoccupé)</i>	Montant des revenus procurés par le bien :
Nom et adresse de votre (vos) notaire(s) : ..... ..... .....		
Avez-vous fait une donation, un partage ou une vente ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
Vous êtes : <input type="checkbox"/> locataire <input type="checkbox"/> propriétaire		

## 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 voisinage, qui vous apportent une aide dans la vie quotidienne, qu'on dénommera « aidants » dans ce qui suit.

	Aidant 1	Aidant 2	Aidant 3
Nom			
Prénom			
Âge			
Adresse			
Nature du lien			
Nature de l'aide apportée (accompagnement à l'extérieur de votre domicile, courses, aide à la toilette...)			
Durée et périodicité (selon ce qui vous paraît le plus pertinent)	<input type="checkbox"/> une journée <input type="checkbox"/> une semaine <input type="checkbox"/> un mois <input type="checkbox"/> autre : .....	<input type="checkbox"/> une journée <input type="checkbox"/> une semaine <input type="checkbox"/> un mois <input type="checkbox"/> autre : .....	<input type="checkbox"/> une journée <input type="checkbox"/> une semaine <input type="checkbox"/> un mois <input type="checkbox"/> autre : .....

Signature :

**MENTIONS LEGALES - Allocation personnalisée d'autonomie à domicile**  
**Évaluation à domicile et proposition de plan d'aide et/ou compte rendu de visite**  
**Attribution, la gestion et le contrôle d'effectivité de l'allocation personnalisée d'autonomie mentionnée à l'article L. 232-1**  
*(Décret n° 2017-880 du 9 mai 2017 autorisant les traitements de données à caractère personnel destinés à la mise en œuvre de l'allocation personnalisée d'autonomie et de l'aide sociale à l'hébergement)*

Les informations recueillies vous concernant font l'objet d'un traitement informatique, auquel vous consentez, destiné à la mise en place du plan d'aide APA. Ce dispositif s'inscrit dans le cadre réglementaire du Code de l'action sociale et familiale (Articles L. 232-3-1 et R. 232-10 du CASF).

Les données enregistrées sont celles qui figurent sur le document de collecte du plan d'aide APA. Elles n'ont pas pour finalité une prise de décision automatisée. L'ensemble des données est obligatoire, tout défaut de réponse entraînera l'impossibilité de traiter votre demande.

La personne responsable du traitement est le président du Conseil départemental de la Manche. Les destinataires de ces données sont les agents du territoire en charge de votre dossier et les agents de la DGA chargés du suivi administratif.

L'ensemble des données sera conservé 6 ans après la fin de l'attribution du plan d'aide APA.

Conformément à l'art. 13 du RGPD (règlement général sur la protection des données) et à l'art. 32 de la loi informatique et libertés, vous bénéficiez d'un droit d'accès, et de rectification aux données vous concernant. Vous pouvez disposer de vos droits en vous adressant, par voie postale, à la déléguée à la protection des données à l'adresse suivante : Conseil départemental de la Manche – Le délégué à la protection des données - 50050 Saint-Lô cedex ou par courriel à a:dpo@manche.fr

Tout usager peut s'opposer au profilage, demander la limitation du traitement et introduire une réclamation auprès de la CNIL (3, place Fontenoy – TSA 80715 – 75334 Paris cedex www.cnil.fr)

**Information préalable du patient sur son droit d'opposition**

**Décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel**

**Conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social**

Art. R. 1110-1 – Les professionnels participant à la prise en charge d'une même personne peuvent, en application de l'article L 110-4, échanger ou partager des informations relatives à la personne prise en charge dans la double limite :

1 - Des seules informations strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention, ou au suivi médico-social et social de ladite personne ;

2 - Du périmètre de leurs missions

Refus du partage d'information

Je soussigné(e), agissant en mon nom propre / en ma qualité de représentant de M \_\_\_\_\_ certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus qui sont fournis dans le cadre de cette demande et déclare avoir pris connaissance des dispositions de l'article L 135-1 du code de l'action sociale et des familles qui stipule que « le fait de percevoir frauduleusement ou de tenter de percevoir frauduleusement des prestations au titre de l'aide sociale est puni des peines prévues par les articles 313-1, 313-7 et 313-8 du code pénal ».

Nom, prénom et parenté du signataire si autre que le demandeur :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature :

## QUESTIONNAIRE AUTONOMIE ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE (APA)

DGA « COHÉSION SOCIALE DES TERRITOIRES »  
MAISON DÉPARTEMENTALE DE L'AUTONOMIE

Nom : .....  
Prénom : .....  
Adresse : .....

Nous vous invitons à remplir ce questionnaire avec l'aide, si nécessaire, d'une personne de votre entourage (famille, aide à domicile, soignant) ou avec les services sociaux, personnels médicaux et paramédicaux hospitaliers et libéraux.

Les informations recensées nous permettront de connaître votre situation afin de préparer la visite à domicile et d'adapter au mieux votre plan d'aide.

Nous vous remercions de préciser ci-dessous les coordonnées de la personne qui vous a aidé à compléter ce document :

Nom : .....  
Prénom : .....  
Lien avec le demandeur : .....

### MOBILITÉ

■ **Le demandeur a-t-il besoin d'une tierce personne pour se lever de son lit ou d'une chaise ou pour se coucher ou s'asseoir ?**  oui  non

■ **Le demandeur a-t-il besoin d'une tierce personne pour se déplacer :**  
À l'intérieur de son logement ?  oui  non  
À l'extérieur de son logement ?  oui  non

■ **Rencontre-t-il des difficultés pour :**  
 se baisser  se coucher  se lever  s'asseoir  
 lever ses bras ou les mettre en arrière  marcher

■ **Est-il porteur :**  
- d'une prothèse de bras ou de main(s) ?  oui  non  
- d'une prothèse de jambe ?  oui  non  
- autre (précisez) : .....

■ **A-t-il chuté ces 3 derniers mois ?**  oui  non  
Si oui :  1 à 3 fois  plus de 4 fois

■ **Aides techniques présentes au domicile :**  déambulateur  cannes/béquilles  
 lit médicalisé  lève-personne  
 fauteuil roulant  verticalisateur  
 autre (précisez) : .....



## HYGIÈNE ET ÉLIMINATION

- **Rencontre-t-il des difficultés pour :**
- se laver ?  oui  non
  - s'habiller et/ou se déshabiller ?  oui  non
- **Si oui, a-t-il besoin d'une tierce personne ?**  oui  non
- **A-t-il besoin de protections hygiéniques ?**  oui  non  
Si oui, précisez : .....
- **A-t-il besoin d'un matériel spécifique à l'incontinence :**  oui  non  
Si oui, précisez : .....

## ALIMENTATION

- **Le demandeur a-t-il perdu du poids récemment et/ou de façon importante ?**  oui  non
- **Le demandeur exprime-t-il/ressent-il une perte d'appétit ?**  oui  non
- **Arrive-t-il au demandeur d'avaler de travers (fausses routes) ?**  oui  non
- **Se sent-il/le voyez-vous en difficulté pour se préparer à manger ?**  oui  non
- **Suit-il un régime particulier ?**  oui  non  
Si oui, lequel ?  pauvre en sucre  pauvre en sel  pauvre en graisse

## CARDIO RESPIRATOIRE

- **Le demandeur se sent-il essoufflé ?**  oui  non  
Si oui, précisez :  pendant un effort (toilette, marche...)  en permanence
- **A-t-il besoin d'oxygène ?**  oui  non

## AUDITION ET VUE

- **Le demandeur a-t-il :**
- des problèmes de vue importants ?  oui  non
  - des problèmes d'audition importants ?  oui  non
- Si oui, la personne est-elle appareillée (cane blanche, appareils auditifs, loupe, télé-agrandisseurs...) ?  oui  non

## PSYCHISME

- **Le demandeur et/ou son entourage ont-ils noté des pertes de mémoire (oublis) ?**  oui  non
- **Le demandeur et/ou son entourage ont-ils noté des pertes de repères dans le temps et/ou l'espace ?**  oui  non
- **Le demandeur et/ou son entourage ont-ils remarqué un comportement inadapté ?**  oui  non  
Si oui, de quel type :
- agressivité, agitation  apathie (ralentissement)/indifférence
  - hallucinations  sorties extérieures risquées
  - désinhibition  déambulations (marche sans but précis)
  - actions dangereuses (exemple : laisser le gaz allumé, ...)
  - autre (précisez) : .....

## ALERTER ET COMMUNIQUER

■ **La communication avec le demandeur s'est-elle altérée récemment ?**

(Exemples : le demandeur cherche ses mots, se renferme, ne comprend pas toujours,...)

oui

non

Si oui, précisez : .....

■ **Le demandeur est-il en capacité d'utiliser un téléphone pour alerter en cas de besoin ?**

oui

non

■ **Possède-t-il un dispositif de télalarme ?**

oui

non

## AIDES EN PLACE AU DOMICILE ACTUELLEMENT

■ **Infirmier à domicile :**

2 ou 3 fois/jour

1 fois/jour

3 à 5 fois/semaine

inférieur à 3 fois/semaine

Précisez : .....

toilette

habillage

préparation du pilulier

administration des médicaments

pansement

sonde urinaire

stomie (poche)

perfusion

injections/suivi des glycémies

prises de sang

autre (précisez) : .....

■ **Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) :**

2 ou 3 fois/jour

1 fois/jour

3 à 5 fois/semaine

inférieur à 3 fois/semaine

Précisez : .....

toilette

habillage

lever

coucher

autre (précisez) : .....

■ **Hospitalisation à domicile (HAD) :**

2 ou 3 fois/jour

1 fois/jour

3 à 5 fois/semaines

inférieur à 3 fois/semaine

Précisez : .....

toilette

habillage

préparation du pilulier

administration des médicaments

pansement

sonde urinaire

stomie

perfusion

autre (précisez) : .....

■ **Auxiliaire de vie/Aide-ménagère :**

2 ou 3 fois/jour

1 fois/jour

3 à 5 fois/semaine

inférieur à 3 fois/semaine

Précisez : .....

toilette

habillage

aide aux repas

préparation des repas

aide au lever

aide au coucher

courses

entretien du logement/du linge

autre (précisez) : .....

■ **Kinésithérapeute :**

1 fois/jour

3 à 5 fois/semaine

inférieur à 3 fois/semaine

■ **Orthophoniste :**

1 fois/jour

3 à 5 fois/semaine

inférieur à 3 fois/semaine

■ **Autre (précisez) :** .....



LISTE DES DOCUMENTS À FOURNIR POUR  
**UNE PREMIÈRE DEMANDE OU RENOUELEMENT  
D'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE  
(APA)**

1 <sup>RE</sup> DEMANDE	RENOUELEMENT	RÉVISION	DOCUMENTS À FOURNIR
X	X		Le dossier « Demande d'allocation personnalisée à l'autonomie » complété et signé
X	X	X	Questionnaire autonomie complété
X	X		<b>1<sup>re</sup> demande</b> : photocopie du livret de famille dans son intégralité, ou carte nationale d'identité, ou passeport, ou extrait d'acte de naissance. <b>Renouvellement</b> : la photocopie du livret de famille dans son intégralité est à fournir uniquement si changement de situation familiale (veuvage, remariage, concubinage...)
X			La photocopie de la carte d'assuré social
X	X	X	La photocopie intégrale de votre dernier avis d'imposition ou de non-imposition, recto-verso
X	X		Le relevé de capitaux rempli par la ou les banque(s)
X	X		Les justificatifs de vos charges : taxes foncières sur les propriétés bâties et non bâties
X			<b>Si concerné</b> : la copie de la notification d'attribution des heures d'aide-ménagère de votre caisse de retraite
X			<b>Si concerné</b> : pour les étrangers, les justificatifs de la durée de présence en France (photocopie du titre de séjour) ou certificat de résidence
X	X		<b>1<sup>re</sup> demande</b> : 1 Relevé d'Identité Bancaire (RIB), ou 1 Relevé d'Identité Postal (RIP) ou 1 Relevé d'Identité de Caisse d'Épargne (RICE) ou 1 IBAN (International Bank Account Number) <b>Renouvellement</b> : uniquement en cas de changement
X	X		Photocopie de la notification d'attribution d'une rente dépendance
X	X		<b>Si concerné</b> : copie du jugement de protection (tutelle, curatelle)

**Le dossier de demande incomplet et/ou non signé ainsi que l'absence de pièces justificatives retardent l'instruction de votre situation.**