

A LIRE ATTENTIVEMENT AVANT DE REMPLIR VOTRE DOSSIER

Le présent dossier vous permet de solliciter l'étude de votre situation personnelle liée à la perte d'autonomie. Elle donne lieu à une évaluation à votre domicile qui déterminera les aides dont vous pourrez bénéficier, ainsi que la prise en charge financière de tout ou partie des dépenses engagées.

La demande d'allocation personnalisée d'autonomie à domicile se compose :

- D'un dossier administratif.
- D'un certificat médical et la grille AGGIR ci-joints à faire compléter par votre médecin traitant et à joindre au dossier administratif, sous pli confidentiel.
- D'une liste des pièces justificatives.

ATTENTION : n'envoyez que des copies des pièces justificatives, les originaux sont à conserver.

Pour compléter le dossier :

- Mettre une croix dans les cases (☐) correspondantes à votre situation.
- En l'absence de tuteur ou curateur, veuillez indiquer si une personne de votre entourage s'occupe plus particulièrement de la gestion de votre courrier administratif.

Si tel est le cas, complétez l'encadré situé sous la signature intitulé « si vous avez un représentant », les courriers relatifs à votre demande lui seront adressés et il sera contacté en cas de besoin.

- S'agissant de la rubrique « patrimoine dormant » :

- Biens immobiliers : sont concernés tous les biens immobiliers dont vous êtes propriétaire, y compris les biens situés sur d'autres communes.

ATTENTION : si vous êtes seulement usufruitier de ces biens, vous n'êtes pas propriétaire.

- Biens mobiliers et capitaux non placés (dont assurance-vie) : sont concernés tous les placements d'épargne, bancaires ou sous forme d'assurance.

Lors du dépôt de votre dossier, assurez-vous que :

- Tous les imprimés sont complétés et votre demande signée.
- Toutes les pièces justificatives accompagnent votre demande.
- Le certificat médical accompagné de la grille AGGIR est remis sous l'enveloppe jointe et cachetée.

Comment sera menée l'instruction de votre dossier ?

Dès réception de votre dossier complet, un récépissé accusant réception de votre demande vous sera envoyé.

Si votre dossier est incomplet, une demande de pièces complémentaires vous sera également adressée. Un second accusé de réception fixant la date de votre dossier déclaré complet vous sera alors envoyé.

ATTENTION : seule la date de dépôt du dossier complet permet l'ouverture des droits.

Si vous remplissez les conditions administratives :

1 - Si vous répondez aux critères de dépendance définis par la loi, l'assistante sociale ou l'infirmière, lors de sa visite à votre domicile, élaborera avec vous un plan d'aide, déterminant les interventions nécessaires. Ce plan d'aide vous sera proposé par écrit et vous indiquera également le montant de votre participation. Vous disposerez alors d'un délai de dix jours à compter de la date de réception de la proposition pour renvoyer votre accord ou pour présenter vos observations et en demander la modification. Si vous refusez ce plan d'aide, une nouvelle proposition qui sera définitive vous sera adressée **sous huit jours** à réception de votre désaccord. En cas de refus exprès de la nouvelle proposition ou sans réponse de votre part **dans un délai de 10 jours, votre demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie sera considérée comme refusée.**

2 - Si vous ne répondez pas aux critères de dépendance, vous serez invité à déposer une demande d'aide sociale pour des services ménagers auprès du Département, ou à contacter votre caisse de retraite principale afin d'examiner vos droits au titre de l'aide-ménagère.

ATTENTION : le bénéficiaire de l'APA peut employer un ou plusieurs membres de sa famille à l'exception de son conjoint, concubin ou la personne avec qui il a conclu un PACS.

DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE

PIÈCES A FOURNIR

Pour l'évaluation de la dépendance

Le certificat médical accompagné de la grille AGGIR joint au dossier, à faire compléter par votre médecin traitant et à joindre au dossier administratif sous pli confidentiel.

Pour l'état civil et la protection de la personne

- ☐ Copie lisible et complète du livret de famille régulièrement tenu à jour *ou* de la carte nationale d'identité *ou* du passeport de l'Union Européenne *ou* un extrait de naissance.
- ☐ Si vous êtes de nationalité étrangère : copie recto/verso de la carte de résidence *ou* du titre de séjour.
- ☐ Si vous faites l'objet d'une mesure de protection (cf. tutelle, curatelle ou sauvegarde de justice) : copie de l'ordonnance judiciaire.

Pour l'évaluation des ressources et du patrimoine

- ☐ Copie recto/verso du dernier avis d'imposition ou de non imposition sur le revenu.
- ☐ Le cas échéant, toute pièce justificative des biens ou capitaux relevant du patrimoine dormant (photocopie du dernier relevé des taxes foncières sur les propriétés bâties ou sur les propriétés non bâties, relevé annuel d'assurance vie ...).

Pour l'évaluation du besoin d'aide

- ☐ Si vous bénéficiez d'une aide ménagère au titre de votre caisse de retraite principale : copie du justificatif de prise en charge précisant le nombre d'heures et le montant de votre participation.
- ☐ En cas d'hospitalisation : fournir les bulletins d'hospitalisation.

Pour le paiement

Un relevé d'identité bancaire ou un relevé d'identité postal.

Adresse d'envoi

DIRECTION DE LA SOLIDARITÉ DÉPARTEMENTALE
Service Solidarité, Grand Âge et Handicap
A.P.A.
2, bis rue de Jessaint - CS 30454
51038 CHÂLONS-EN-CHAMPAGNE CEDEX

Contact

03 26 69 56 56
apadom@marne.fr

DEMANDE DE CARTE MOBILITÉ INCLUSION CMI/APA

Dans le cadre de votre demande d'APA à domicile, vous pouvez obtenir le bénéfice d'une carte d'invalidité, de stationnement ou de priorité.

C'est l'évaluation de votre demande lors de la visite à votre domicile d'un membre de l'équipe médico-sociale de l'APA qui déterminera votre situation au regard de l'avantage sollicité.

Si, à l'étude de votre situation, il apparaît que :

- Vous relevez d'un GIR de dépendance 1 ou 2, cette carte vous sera attribuée d'emblée de manière définitive.
- Vous relevez d'un GIR de dépendance entre 3 et 6, le travailleur social APA procédera alors à un questionnaire en rapport avec vos difficultés de déplacements et votre autonomie.

Vous devez remplir le formulaire de demande et le joindre à votre demande APA.

Dans les deux cas de figure, vous recevrez un courrier vous notifiant les décisions prises en réponse à vos demandes.

Vous trouverez ci-joint une notice explicative générale, relative à la carte mobilité inclusion (CMI).

CARTE MOBILITÉ INCLUSION

NOTICE GÉNÉRALE

La carte de mobilité inclusion (CMI) instituée par la loi n°2016-1321 du 7 octobre 2016 et le décret n° 2016-1849 du 23 décembre 2016 est délivrée par le Président du Conseil Départemental de la Marne à effet au 1er juillet 2017 pour les personnes âgées de 60 ans et +, bénéficiaires ou non de l'Aide Personnalisée d'Autonomie (APA).

La carte de mobilité inclusion est unique, infalsifiable et sécurisée. Elle est fabriquée par l'Imprimerie Nationale. Elle comporte 3 options qui peuvent se cumuler :

MENTION INVALIDITÉ, pour les personnes ayant un taux d'incapacité d'au moins 80% ou bénéficiant d'une pension d'invalidité 3^{ème} catégorie ou de l'APA en GIR 1et 2.

La mention invalidité permet d'attester que son détenteur est atteint de troubles majeurs qui altère de manière importante l'autonomie individuelle.

Cette mention permet d'obtenir une priorité d'accès aux places assises dans les transports en commun, dans les espaces et salles d'attente ainsi que dans les établissements et les manifestations accueillant du public, tant pour son titulaire que pour la personne qui l'accompagne dans ses déplacements. Elle permet également d'obtenir une priorité dans les files d'attente. Cette disposition doit être rappelée par un affichage clair et visible dans les lieux dans lesquels ce droit s'exerce.

La mention d'invalidité permet également d'obtenir :

- L'octroi d'une demi-part supplémentaire pour le calcul d'impôt sur le revenu.
- L'exonération, les abattements ou le dégrèvement partiel éventuel de la taxe d'habitation et de la taxe foncière.
- L'exonération d'une partie des cotisations patronales de sécurité sociale.
- L'exonération éventuelle de la redevance audiovisuelle.
- Des droits à des réductions dans certains transports en commun.

C'est la Commission Départementale de l'Autonomie de la MDPH qui reconnaît, après étude de l'évaluation réalisée à domicile de la perte d'autonomie, le taux d'incapacité de la personne qui doit être égal ou supérieur à 80% pour bénéficier de cette mention invalidité. Cette décision est transmise pour suite au Président du Conseil Départemental.

MENTION PRIORITÉ, pour les personnes pour lesquelles la station debout est pénible. Elle donne la priorité d'accès aux places assises dans les transports en commun, salles d'attente, manifestations accueillant du public, priorité dans les files d'attente.

MENTION STATIONNEMENT, pour les personnes dont la perte d'autonomie réduit leur capacité de déplacement à pied. Elle permet à son titulaire ou à la tierce personne l'accompagnant d'utiliser, dans les lieux de stationnement ouverts au public, les places réservées et aménagées à cet effet.

Les avantages qu'elle offre ne sont valables que lorsque la carte est apposée en évidence à l'intérieur et derrière le pare-brise du véhicule utilisé pour le transport de la personne handicapée, de manière à être vue aisément par les agents habilités à constater les infractions.

Elle ne confère pas par principe la gratuité du stationnement.

Cette carte n'est pas attribuée à un véhicule mais à une personne. Il suffit de l'apposer dans le véhicule qui transporte la personne nécessiteuse.

Durée et attribution

La carte mobilité inclusion peut être attribuée pour une durée de 1 à 20 ans ou à titre définitif suivant la situation individuelle.

La carte mobilité inclusion mention « invalidité stationnement » est attribuée d'office à titre définitif pour les personnes évaluées en GIR 1 et 2.

Un deuxième exemplaire gratuit

Lorsque la CMI porte la mention « stationnement pour personnes handicapées », un second exemplaire est délivré, gratuitement. La première est laissée sur le pare-brise du véhicule, la seconde est conservée dans le portefeuille. Pour cette demande, un téléservice dédié devrait être mis en place sur le site de l'Imprimerie Nationale (pas encore en service lors de la rédaction de cet article le 4 janvier 2017), qui doit également permettre de suivre, en ligne, les étapes de la délivrance de la CMI par le Président du Conseil Départemental, depuis le jour de la notification d'accord.

Tout autre exemplaire de la CMI est payant.

Vol, perte de la CMI

Un duplicata est délivré directement par l'Imprimerie Nationale par le biais de son téléservice dédié. (service payant).

Renouvellement de la CMI

Le renouvellement de la CMI n'est pas automatique, il doit être demandé auprès du Président du Conseil Départemental, 4 mois avant l'échéance du droit par son bénéficiaire.

Voies de recours-contestations

Avant tout recours contentieux et dans un délai de 2 mois à compter de la date de réception de cette notification, vous devez former un Recours Administratif Préalable Obligatoire, par courrier, auprès de Monsieur le Président du Conseil Départemental, Direction de la Solidarité Départementale, service Solidarité, Grand Âge et Handicap, Cartes Mobilité Inclusion, 2 bis, rue de Jessaint, 51038 Châlons en Champagne Cedex.

Dans le cadre de ce recours, vous aurez la possibilité d'être entendu, accompagné de la personne ou de l'organisme de votre choix.

A l'issue de ce recours administratif préalable obligatoire, un recours contentieux pourra être formé devant :

- le Pôle Social du Tribunal de Grande Instance (TGI) dans le ressort duquel se trouve le domicile du requérant, si votre demande concerne la mention « invalidité » ou « priorité » de votre carte mobilité inclusion.
- le Tribunal Administratif (TA) de Châlons en Champagne si votre demande concerne la mention « stationnement » de votre carte mobilité inclusion.



DEMANDE DE CARTE MOBILITÉ INCLUSION

Nom de naissance :

Nom marital :

Prénom :

Né(e) le : à :

Adresse :

Téléphone :

Adresse mail :

Je sollicite le bénéfice d'une Carte Mobilité Inclusion comportant la mention :

☐ **INVALIDITÉ**

☐ Oui ☐ Non

Si oui, avec mention complémentaire :

☐ Besoin d'accompagnement

☐ Cécité

S'agit-il d'une demande de renouvellement de carte arrivant à expiration ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, joindre obligatoirement une copie de la carte

S'agit-il d'une demande de remplacement d'une carte invalidité délivrée pour une durée définitive ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, joindre obligatoirement une copie de la carte

☐ **STATIONNEMENT**

☐ Oui ☐ Non

S'agit-il d'une demande de renouvellement arrivant à expiration ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, joindre obligatoirement une copie de la carte

S'agit-il d'une demande de remplacement délivrée pour une durée définitive ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, joindre obligatoirement une copie de la carte

☐ **PRIORITÉ**

☐ Oui ☐ Non

S'agit-il d'une demande de renouvellement des droits ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, joindre obligatoirement une copie de la carte

Expression des attentes et besoins de la personne **à remplir obligatoirement** :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Fait à, le
Signature

**Pièces à fournir
obligatoirement**

- Ce document rempli et signé

**Pièces à fournir en
fonction des mentions
demandées**

- Si demande de renouvellement, une copie de
ou des cartes déjà attribuées
- Notification pension invalidité 3^{ème} catégorie
pour carte invalidité

Merci de ne joindre aucune photographie

A l'attention du médecin traitant **concernant la demande d'allocation personnalisée d'autonomie à domicile**

Le certificat médical vous est présenté par votre patient, à l'appui de sa demande d'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Il me sera transmis sous pli fermé, avec la mention « secret médical ».

Cette allocation est accordée aux personnes en perte d'autonomie (évaluée à l'aide de la grille nationale AGGIR) et **âgées de plus de 60 ans**.

L'APA est une prestation en nature. Elle va solvabiliser (pour tout ou en partie) un plan d'aide médico-social élaboré au domicile de votre patient par un professionnel médico-social du Département. Ce dernier rencontre la personne âgée, la famille, les aidants et toute autre personne intervenant auprès de cette personne. Vous pouvez donc participer à cette rencontre ou prendre contact avec notre service.

Les aides possibles les plus fréquentes sont :

- Aide ménagère et/ou auxiliaire de vie, et/ou garde itinérante.
- Téléalarme.
- Portage des repas.
- Matériel d'hygiène à usage unique (protections.....).
- Achats de matériel de compensation de la perte d'autonomie.
- Accueil de jour et accueil temporaire en établissement médico-social.

Votre certificat médical et votre analyse de la situation vont aider à la mise en place de ce plan d'aide, au plus près des besoins de votre patient et complémentaire à votre plan de soins (soins médicaux, soins infirmiers, SSIAD, kinésithérapie, aides techniques....).

L'écart entre l'étude des déficiences et celle des conséquences de la perte d'autonomie (grille AGGIR) implique la mise en place d'aides différentes mais complémentaires.

ÉTAT CIVIL

	DEMANDEUR	CONJOINT / CONCUBIN
	☐ M. ☐ Mme ☐ Melle	☐ M. ☐ Mme ☐ Melle
Nom d'usage		
Nom de naissance		
Prénom		
Date et lieu de naissance		
Nationalité		
Numéro de sécurité sociale		

Faites-vous (ou votre conjoint) l'objet d'une mesure de protection ?

☐ Tutelle ☐ Curatelle ☐ Sauvegarde

Si oui, précisez les noms et coordonnées du tuteur :

SITUATION FAMILIALE

Si vous êtes seul(e), vous êtes : ☐ Célibataire ☐ Séparé(e) ☐ Divorcé(e)

☐ Veuf(ve) Date de décès du conjoint, concubin, pacte civil de solidarité :

Si vous vivez en couple, vous êtes : ☐ Mariés ☐ Concubins ☐ Pacte civil de solidarité

ADRESSE

Quelle est votre adresse actuelle ?

Numéro Nom de la rue
Code postal Commune
Téléphone Adresse mail

Depuis quelle date habitez-vous à cette adresse ?

Précisez s'il s'agit :

☐ du domicile de vos enfants
☐ d'une résidence autonomie, d'une résidence pour personnes âgées ou d'une MARPA
☐ d'une maison de retraite médicalisée (EHPAD)
☐ d'une famille d'accueil (particulier avec agrément accueillant à titre onéreux dans le cadre de la loi du 10 juillet 89)
☐ d'une élection de domicile auprès d'un organisme agréé, précisez le nom de l'organisme :
.....
☐ autre, précisez :

Quelle était votre adresse précédente ?

Numéro Nom de la rue
Code postal Commune

Quelle est l'adresse de votre conjoint, concubin ou pacte civil de solidarité si elle est différente de la vôtre ?

Numéro Nom de la rue
Code postal Commune

RESSOURCES

RETRAITES PRINCIPALES ET COMPLÉMENTAIRES

Retraites principales et complémentaires (Nom de l'organisme)	Montant MENSUEL perçu par	
	VOUS	VOTRE CONJOINT

AUTRES RESSOURCES			Montant MENSUEL perçu par	
perçues par vous ou votre conjoint, concubin, pacte civil de solidarité :			VOUS	VOTRE CONJOINT
Salaires	☐ Oui	☐ Non		
Pensions alimentaires (versée par ex-conjoint)	☐ Oui	☐ Non		
Rente accident du travail	☐ Oui	☐ Non		
Rente ou pension d'invalidité	☐ Oui	☐ Non		
Rente viagère	☐ Oui	☐ Non		
Qui vous verse cette rente ?				
Assurance privée dépendance	☐ Oui	☐ Non		
Revenu soumis au prélèvement libératoire	☐ Oui	☐ Non		
Autres ressources	☐ Oui	☐ Non		

ALLOCATIONS, percevez-vous :		
La majoration pour aide constante d'une tierce personne (MTP)	☐ Oui	☐ Non
La prestation complémentaire pour recours à tierce personne (PC RTP)	☐ Oui	☐ Non
L'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP)	☐ Oui	☐ Non
La prestation de compensation du Handicap (PCH)	☐ Oui	☐ Non
L'aide ménagère versée par les caisses de retraite	☐ Oui	☐ Non
L'aide ménagère au titre de l'aide sociale départementale	☐ Oui	☐ Non
<i>Aucune de ces prestations n'est cumulable avec l'allocation personnalisée d'autonomie.</i>		

PATRIMOINE DORMANT

BIENS IMMOBILIERS

Êtes-vous propriétaire d'un bien bâti ? ☐ Oui ☐ Non

Si OUI, précisez en la nature (appartement, immeuble, maison, fond de commerce ...) :

Adresse :

S'agit-il de votre résidence principale ? ☐ Oui ☐ Non

Percevez-vous un loyer ? ☐ Oui ☐ Non Si OUI, montant mensuel :

Etes-vous propriétaire d'un bien non bâti ? ☐ Oui ☐ Non

Si OUI, précisez en la nature (bois, terres agricoles et/ou viticoles, terrains ...) :

et la superficie

Ces biens sont-ils exploités ? ☐ Oui ☐ Non

Quel est le montant annuel du revenu issu de cette exploitation ? /an

BIENS MOBILIERS ET CAPITAUX NON PLACÉS

(dont assurance vie) détenus par vous ou votre conjoint, concubin, pacte civil de solidarité.

Percevez-vous des revenus de capitaux mobilier ?

☐ Actions ☐ Obligations ☐ SICAV ☐ Autres produits, précisez :

Quelle est la valeur en capital du portefeuille ? /an

Possédez-vous des assurances vie, des livrets ou des comptes productifs d'intérêts ? ☐ Oui ☐ Non

(type livret A, LDD, LEP, ...)

Nature	Montant du capital	Intérêts annuels

AIDES ACTUELLEMENT EN PLACE (interventions actuelles à votre domicile)

.....

.....

.....

.....

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PROCHES AIDANTS DU DEMANDEUR

Nom et prénom de votre ou vos aidants

Lieu de résidence de votre ou vos aidants

Nature de votre lien avec votre ou vos aidants

Nature de l'aide apportée (accompagnement à l'extérieur, courses, ménage, administratif...)

DEMANDE DE CARTE MOBILITÉ INCLUSION (CMI)

En application de l'article de loi n° 2016-1321 du 7 octobre 2016, des articles R 241-12 et suivants du Code de l'Action Sociale et des familles, les personnes âgées de 60 ans et plus, déposant un dossier pour l'obtention de l'APA à domicile ou sa révision peuvent solliciter l'obtention d'une CMI (Invalidité/Stationnement/Priorité voir formulaire joint au dossier).

INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Les informations recueillies vous concernant font l'objet d'un traitement informatique, auquel vous consentez, destiné à instruire votre demande d'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile, mentionnée à l'article L232-1 du Code de l'action sociale et des familles (C.A.S.F.).

Les traitements concernés sont :

- l'évaluation à domicile et la proposition de plan d'aide et/ou le compte rendu de visite,
- l'attribution, la gestion et le contrôle d'effectivité de l'APA.

Le responsable des traitements est le Département de la Marne. La base légale des traitements est l'article 6-1-c du RGPD. Cette aide s'inscrit dans le cadre réglementaire suivant :

- Règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des données des personnes,
- Code de l'action sociale et des familles (CASF), notamment ses articles L232-1 et suivants et R232-1 et suivants,
- Loi n° 78-17 du 06 janvier 1978, modifiée en juin 2018, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (dite « Loi Informatique et Libertés »),
- 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 (APA) et de l'aide sociale à l'hébergement (ASH),
- 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 sociale et médico-sociale et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel,

- Arrêté du 6 mars 2018 fixant les spécifications techniques et les modalités de transmission d'informations relatives à l'APA et à l'ASH par les conseils départementaux au ministère des solidarités et de la santé,
- Règlement Départemental d'Aide Sociale du Département de la Marne.

Les données enregistrées sont celles des formulaires liées à la demande d'APA et recueillies lors de la visite à domicile, ainsi que les informations librement fournies par l'usager lors de l'évaluation à domicile par le professionnel de santé. Les données n'ont pas pour finalité une prise de décision automatisée.

Les données et catégories de données sont celles énumérées à l'article R232-41 et l'annexe 2-3 du CASF. L'ensemble des données est obligatoire ; tout défaut de réponse entraînera l'impossibilité de traiter votre dossier.

Les informations enregistrées sont destinées aux services instructeurs du Département et ne peuvent être communiquées, en cas de besoin nécessaire à l'instruction de votre situation, qu'aux destinataires dûment habilités et intervenant strictement dans le cadre de votre dossier, à savoir, en fonction de leurs missions :

- les organismes de retraite,
- les centres locaux d'information et de coordination gérontologique (CLIC),
- le cas échéant, le médecin traitant, sous réserve du consentement de la personne,
- les émetteurs et distributeurs de chèques emploi service universels (CESU) et de chèques d'accompagnement personnalisés (CAP),
- l'ensemble des destinataires prévus à l'article R232-45 du CASF.

Les décisions sont notifiées à la personne ayant formulé la demande d'aide.
La décision relative à votre demande d'APA pourra éventuellement être transmise à votre caisse de retraite afin de faciliter la prise en charge de votre maintien à domicile.

Les données enregistrées sont conservées conformément aux prescriptions des archives départementales et à l'article R232-46 du CASF.

Conformément aux articles 15 et suivants du Règlement (UE) 2016/679 et aux articles 38 et suivants de la Loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant, que vous pouvez exercer directement auprès du Service solidarité grand âge et handicap par courrier postal ou par courriel à l'adresse apadom@marne.fr.

Vous pouvez demander la limitation du traitement de vos données personnelles. Vous avez également la possibilité de définir le sort de vos données après votre décès. Ces droits s'exercent en vous adressant, par courrier postal, au délégué à la protection des données – Département de la Marne – 2 bis rue de Jessaint – CS 30454 Châlons-en-Champagne Cedex ou par courriel à l'adresse dpo@marne.fr.

Toute réclamation devra être introduite auprès de l'autorité nationale de contrôle (CNIL – 3, place Fontenoy – TSA 80715 – 75334 Paris cedex - www.cnil.fr).

RÉCUPÉRATION

L'allocation personnalisée d'autonomie ne fait l'objet d'aucun recours en récupération sur succession, donation ou legs (article L 232.19 du CASF).

VÉRIFICATION DES DÉCLARATIONS

Pour vérifier les déclarations des intéressés et s'assurer de l'effectivité de l'aide qu'ils reçoivent, les services chargés de l'évaluation des droits à l'allocation personnalisée d'autonomie et du contrôle de son utilisation peuvent demander toutes les informations nécessaires aux administrations publiques, notamment aux administrations fiscales, aux collectivités territoriales, aux organismes de sécurité sociale et de retraite complémentaire qui sont tenus de les leur communiquer (L232.16 du CASF).

FRAUDE ET FAUSSES DÉCLARATIONS

Toute fraude, fausse déclaration ou falsification de document, tentative de percevoir frauduleusement des prestations au titre de l'aide sociale, expose à des sanctions pénales et financières prévues par les articles L433.19, L441.7, L313.1, L313.3, L 313.7 et L313.8 du Code pénal (article L133.6 du CASF).

Je soussigné(e) _____
agissant ☐ en mon nom propre ☐ ou en qualité de représentant légal du demandeur,
certifie avoir pris connaissance des dispositions réglementaires concernant l'APA, et certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements déclarés sur la présente demande.

☐ J'autorise les échanges par voie dématérialisée (par mail).
Précisez l'adresse mail : _____

Fait à _____
Date _____

Signature

En cas de rejet de votre demande, autorisez-vous le Département à transmettre votre dossier à votre caisse de retraite principale pour une étude de vos droits ? ☐ Oui ☐ Non

Si vous avez un représentant nous lui adresserons les courriers et le contacterons en cas de besoin.

☐ votre tuteur ☐ votre curateur ☐ un parent ☐ autre

Lien de parenté ou qualité : _____

Ses nom et prénom : _____

Son adresse : _____

Téléphone : _____ Adresse mail : _____

**DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE
À DOMICILE**

Loi n° 2001-647 et décret n° 2001-1084

À REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT

Destinée au médecin du service APA

ÉTAT CIVIL DU DEMANDEUR

Nom d'usage

Nom de naissance

Prénom

Date de naissance ☐ Homme ☐ Femme

Adresse

..... Téléphone

ÉTAT DE SANTÉ

Poids

Taille

Pathologie

Évolutivité

*Préciser date d'apparition pour les événements aigus
(fracture, AVC, etc..)*

LES DÉFICIENCES

DÉFICIENCE DU PSYCHISME

	Non	Légère	Sévère
Déclin intellectuel	☐	☐	☐
Troubles de la mémoire	☐	☐	☐
Troubles de l'orientation temporo-spatiale	☐	☐	☐
Dépression	☐	☐	☐
Psychose	☐	☐	☐

ÉTAT PSYCHOLOGIQUE ☐ Coopérant ☐ Opposant ☐ Démissionnaire

DÉFICIENCES DU LANGAGE ET DE LA PAROLE ☐ Non ☐ Oui

Conversation possible ☐ Non ☐ Oui
☐ Dysarthrie ☐ Dyslexie ☐ Aphasie ☐ Mutité

DÉFICIENCES SENSORIELLES AUDITIVES ☐ Non ☐ Oui

☐ Impose de parler fort ☐ Gêne sévère ☐ Surdité totale

DÉFICIENCES SENSORIELLES VISUELLES ☐ Non ☐ Oui

☐ Gêne sévère ☐ Vision nulle

DÉFICIENCE DE LA MASTICATION ET DÉGLUTITION ☐ Non ☐ Oui

Si oui, besoin d'alimentation : ☐ Solide coup e ☐ Moulin e ☐ Semi-liquide

DÉFICIENCE DE L'APPAREIL CARDIO RESPIRATOIRE

Insuffisance cardiaque d compens e ☐ Non ☐ Oui
Insuffisance respiratoire d compens e ☐ Non ☐ Oui
O² à domicile ☐ Non ☐ Oui

DÉFICIENCES APPAREIL LOCOMOTEUR ☐ Non ☐ Oui

Marche ☐ Ais e ☐ Difficile ☐ Impossible

Existence d'un appareillage, type à préciser : ☐ Cannes
☐ Déambulateur
☐ Fauteuil roulant à propulsion manuelle
☐ Fauteuil roulant à propulsion électrique

Rachis, atteintes à préciser :

Membres supérieurs

☐ Articulaire
☐ Amputation
☐ Parésie
☐ Paralysie

Atteinte droite ou gauche, à préciser :

Membres inférieurs

☐ Articulaire
☐ Amputation
☐ Parésie
☐ Paralysie

DÉFICIENCE DE LA CONTINENCE URINAIRE ☐ Non ☐ Oui

DÉFICIENCE DE LA CONTINENCE FÉCALE ☐ Non ☐ Oui

Autres, préciser :

BESOINS DE SERVICES MÉDICO-SOCIAUX

	Existe déjà	Serait nécessaire	N'est pas nécessaire
Auxiliaire de vie	☐	☐	☐
Aide ménagère	☐	☐	☐
Garde à domicile de nuit	☐	☐	☐
Assistante sociale	☐	☐	☐
Télé-alarme	☐	☐	☐
Portage de repas	☐	☐	☐
Aménagement du domicile	☐	☐	☐
Accueil de jour	☐	☐	☐
Accueil temporaire	☐	☐	☐
Autres (à préciser)	☐	☐	☐

BESOINS D'AIDE TECHNIQUE AUTRES QUE POUR LA DÉAMBULATION

	Existe déjà	Serait nécessaire	N'est pas nécessaire
Lit médical	☐	☐	☐
Soulève malade	☐	☐	☐
Appareil de verticalisation	☐	☐	☐
Chaise percée	☐	☐	☐
Matériel hygiène usage unique	☐	☐	☐
Autres (à préciser)	☐	☐	☐

BESOINS DE SOINS MÉDICAUX ET PARA MÉDICAUX

	Existe déjà	Serait nécessaire	N'est pas nécessaire
Suivi psychiatrique	☐	☐	☐
Rééducation	☐	☐	☐
Soins infirmiers			
techniques infirmiers	☐	☐	☐
d'hygiène et de prévention	☐	☐	☐
préparation des médicaments	☐	☐	☐
Autres soins (à préciser)			

Traitement médicamenteux

ENVIRONNEMENT SOCIAL / CONTEXTE SOCIAL

☐ Totalement seul

☐ Seul mais entouré

☐ En couple

☐ Accueilli

Rôle de l'entourage

ANALYSE ET CONCLUSIONS DU MÉDECIN TRAITANT

Nom du médecin qui a rempli la fiche

Signature et cachet

.....
Téléphone

.....
Date

GRILLE A.G.G.I.R

(AUTONOMIE, GÉRONTOLOGIE, GROUPE ISO RESSOURCES)

Pour le médecin qui désire recevoir le guide de l'évaluation de la personne âgée en perte d'autonomie, vous pouvez vous adresser au Service Solidarité, Grand Âge et Handicap (apadom@marne.fr).

VARIABLES DISCRIMINANTES

Permettant de déterminer le Groupe Iso-Ressources de la personne âgée.

A > Fait seul totalement, habituellement, correctement.

B > Fait partiellement.

C > Ne fait pas.

	A	B	C
1 - COHÉRENCE Converser et/ou se comporter de façon logique et sensée.	☐	☐	☐
2 - ORIENTATION Se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux.	☐	☐	☐
3 - TOILETTE DU HAUT Assurer son hygiène corporelle (incluant rasage et coiffage).	☐	☐	☐
TOILETTE DU BAS Non compris les ongles des orteils.	☐	☐	☐
4 - HABILLAGE DU HAUT Passer des vêtements par la tête et/ou les bras.	☐	☐	☐
HABILLAGE MOYEN Boutonner, mettre une fermeture éclair, des pressions une ceinture ou des bretelles.	☐	☐	☐
HABILLAGE DU BAS Passer les vêtements par le bas du corps, y compris les chaussettes, les bas et les chaussures.	☐	☐	☐
5 - ALIMENTATION : SE SERVIR Couper la viande, peler un fruit, remplir son verre ouvrir un pot de yaourt.	☐	☐	☐
ALIMENTATION : MANGER Porter les aliments et les boissons à la bouche et les avaler.	☐	☐	☐
6 - ÉLIMINATION URINAIRE Assurer l'hygiène de l'élimination.	☐	☐	☐
ÉLIMINATION ANALE Assurer l'hygiène de l'élimination.	☐	☐	☐
7 - TRANSFERTS Se lever, se coucher, s'asseoir. Passer d'une des 3 positions à une autre, dans les 2 sens.	☐	☐	☐
8 - DÉPLACEMENTS A L'INTÉRIEUR Avec ou sans canne, déambulateur fauteuil roulant.	☐	☐	☐
9 - DÉPLACEMENT A L'EXTÉRIEUR A partir de la porte d'entrée, sans moyen de transport.	☐	☐	☐
10 - COMMUNICATION A DISTANCE Utiliser les moyens de communication : téléphone, alarme, sonnette, dans le but d'alerter.	☐	☐	☐

