

DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE

APA À DOMICILE



À retourner au

CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE MEURTHE-ET-MOSELLE

Direction de l'Autonomie - Service APA à domicile

48, esplanade Jacques-Baudot - CO 90019 - 54 035 NANCY CEDEX

03 83 94 54 54

	DEMANDEUR	CONJOINT OU PERSONNE VIVANT MARITALEMENT *
Nom		
Nom de jeune fille		
Prénoms		
Date de naissance		
Lieu de naissance		
N° de sécurité sociale		
Nationalité (Française, ressortissant de l'union Européenne, autres)		
Numéros de téléphone (fixe et portable)		
Adresse mail		
Adresse actuelle du demandeur (nom du bâtiment, n° d'appartement, étage, digicode, lieu-dit et toute information utile)		

* concubin ou personne avec laquelle le demandeur a conclu un pacte civil de solidarité (PACS)

COORDONNÉES DE LA PERSONNE RÉFÉRENTE

(à contacter pour la visite d'évaluation à domicile ou en cas d'urgence)

Nom - Prénom Date de naissance

Adresse

Téléphone fixe

Téléphone portable

Adresse mail

Lien avec le demandeur

Souhaitez-vous qu'une copie des courriers lui soit adressée ? Oui Non

DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE - APA À DOMICILE

CONTEXTE DE LA DEMANDE

Déposez-vous cette demande pour faire réaliser

des travaux d'adaptation du logement ? Oui Non

Vivez-vous seul à votre domicile ? Oui Non

Avez-vous des difficultés d'accès ou de déplacement au sein de votre logement ? Oui Non

Avez-vous au moins deux contacts avec votre famille, vos amis, votre voisinage dans la semaine (hormis la personne avec laquelle vous vivez) Oui Non

Lors des 6 derniers mois

Avez-vous été hospitalisé(e) ? Oui Non

Avez-vous fait une chute ? Oui Non

Avez-vous connu un changement dans votre vie ?

(décès ou placement dans un EHPAD d'un proche vivant sous le même toit) Oui Non

Vivez-vous avec une personne dépendante ? Oui Non

SITUATION FAMILIALE

Célibataire

Marié(e)

Vivant maritalement

Titulaire d'un PACS

Divorcé(e)

Veuf(ve) depuis le

Lieu de résidence du conjoint ou de la personne vivant maritalement si différent du demandeur :

Précisez l'adresse Établissement

Autre

ADRESSE ACTUELLE

Depuis quelle date y demeurez-vous ? (si moins de 3 mois, remplissez la rubrique Adresse précédente)

Vous êtes : Propriétaire

Locataire

Colocataire

Logé(e) à titre gracieux

S'agit-il : d'une résidence principale

d'une résidence autonomie (anciennement foyer logement)

d'une famille d'accueil agréée
(loi du 10/07/1989)

d'un autre domicile (enfants, centre pénitentiaire...)

ADRESSE PRÉCÉDENTE

à remplir si l'intéressé(e) réside en Meurthe-et-Moselle depuis moins de 3 mois, ou en résidence autonomie (anciennement foyer logement) ou en famille d'accueil agréée

N° - Rue

Code postal - Commune

Date d'arrivée à ce domicile Date de départ de ce domicile

Précisez s'il s'agissait

d'une famille d'accueil agréée (loi du 10/07/1989)

du domicile personnel

d'une résidence autonomie (anciennement foyer logement)

autres (à préciser)

DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE - APA À DOMICILE

PROTECTION JURIDIQUE OU ADMINISTRATIVE

Faites-vous l'objet d'une protection juridique ou administrative ? Oui Non En cours

Si oui

<input type="checkbox"/> Sauvegarde de justice	<input type="checkbox"/> Tutelle
<input type="checkbox"/> Curatelle	<input type="checkbox"/> Mesure d'accompagnement social personnalisé (MASP)
<input type="checkbox"/> Habilitation familiale	<input type="checkbox"/> Mesure d'accompagnement judiciaire
<input type="checkbox"/> Mandat de protection déclenché	

Indiquez le nom et l'adresse du tuteur ou de l'association chargée de la mesure :

(Joindre une copie du jugement)

CAISSE DE RETRAITE

Êtes-vous retraité ? Oui Non

Si oui, précisez le régime de retraite principal (CARSAT - CARMI - MSA - SNCF - RSI, etc.)

Le conjoint ou la personne avec laquelle vous vivez maritalement, est-il retraité ? Oui Non

Si oui, précisez le régime de retraite principal (CARSAT - CARMI - MSA - SNCF - RSI, etc.)

TRANSMISSION DU DOSSIER

En cas de rejet de l'APA à domicile (GIR 5 ou 6), souhaitez-vous qu'une autre aide soit étudiée et qu'à cet effet votre dossier soit transmis à votre caisse de retraite, afin de raccourcir les délais ? Oui Non

NB : En cas de rejet GIR 5/6, des préconisations d'aide vous seront proposées : il vous appartiendra de les transmettre à votre caisse de retraite principale (sauf CARSAT)

Indiquez le nom de la structure intervenante que vous avez choisie

REVENUS ET PATRIMOINE DU DEMANDEUR

1 - RESSOURCES NE FIGURANT PAS DANS L'AVIS D'IMPOSITION OU DE NON-IMPOSITION À L'IMPÔT SUR LE REVENU

Revenus soumis au prélèvement libératoire en application des articles 125-0 A et 125 D du code général des impôts.

Montant à préciser pour le demandeur

Montant à préciser pour le conjoint, son concubin ou la personne avec laquelle il a conclu un Pacte Civil de Solidarité

2 - ALLOCATIONS

Bénéficiez-vous déjà de :

> l'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP) ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
> la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
> l'Aide Ménagère à domicile par votre caisse de retraite ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
> la Prestation Complémentaire pour Recours à une Tierce Personne (PC RTP) ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Bénéficiez-vous actuellement d'une Majoration pour aide constante d'une Tierce Personne (MTP) ?

(Joindre une copie de la notification) Oui Non

Par quel organisme ?

ATTENTION ! L'allocation personnalisée d'autonomie n'est pas cumulable avec les prestations ci-dessus ni avec la prestation légale d'aide ménagère servie par le Département.

DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE - APA À DOMICILE

3-PATRIMOINE DORMANT

À remplir pour le demandeur (+ son conjoint, son concubin ou la personne avec qui il a conclu un pacte civil de solidarité)

a) Biens immobiliers

Possédez-vous des biens immobiliers ? Oui Non

Si oui, complétez le tableau (ne pas déclarer la résidence principale si occupée par le demandeur, son conjoint, son concubin ou la personne avec qui il a conclu un pacte civil de solidarité, ses enfants ou petits-enfants).

NATURE ET VALEUR LOCATIVE DU BIEN (verger, garage, résidence secondaire, terrain bâti ou non bâti...)	ADRESSE	EXPLOITATION
		<input type="checkbox"/> occupé <input type="checkbox"/> non occupé * <input type="checkbox"/> loué
		<input type="checkbox"/> occupé <input type="checkbox"/> non occupé * <input type="checkbox"/> loué
		<input type="checkbox"/> occupé <input type="checkbox"/> non occupé * <input type="checkbox"/> loué

* Joindre le dernier relevé de la taxe foncière sur les propriétés bâties et sur les propriétés non bâties.
En cas d'exonération, joindre une fiche d'évaluation foncière des propriétés bâties.

b) Biens mobiliers et capitaux non placés *

Bénéficiez-vous > de biens mobiliers Oui Non Si oui, précisez le ou les montants :
> de capitaux non placés Oui Non Si oui, précisez le ou les montants :
> d'une assurance vie Oui Non Si oui, précisez le ou les montants :

(* Ne pas déclarer les capitaux placés, y compris ceux exonérés d'impôts (livret A, livret de développement durable, plan épargne logement, plan épargne en actions...), qui ne constituent pas du patrimoine dormant. En revanche la valeur des contrats d'assurance-vie, qui relèvent du patrimoine dormant, doit être déclarée

4-AUTRES REVENUS

> rente viagère à titre onéreux (pour vous prémunir de la dépendance) Oui Non
> pensions alimentaires Oui Non
Si oui, qui vous les verse ? Ex conjoint Descendant Autre (joindre le jugement)

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

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

certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus fournis dans le cadre d'une demande d'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile.

DISPOSITIONS RELATIVES A LA LOI DU 6 JANVIER 1978

Les traitements relatifs à cette demande sont informatisés. Ils sont soumis aux dispositions de la loi *Informatique et libertés* du 6 janvier 1978, modifiée en 2004, qui protège les droits et libertés individuels.

Toute personne peut obtenir communication et, le cas échéant, rectification ou suppression des informations la concernant, en adressant un courrier au Conseil Départemental de Meurthe-et-Moselle, à l'attention de Madame la directrice de l'Autonomie.

Fait à le

Nom, prénom et signature du demandeur
ou de son représentant (précisez la qualité).

DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE - APA À DOMICILE

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, etc.*) :

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

> 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) contraignante(s) (chimiothérapie, dialyse, etc.)

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 :

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

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



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

A

Réalisé sans difficulté et sans aucune aide

B

Réalisé avec difficulté ou aide autre qu'humaine

C

Réalisé avec aide humaine : directe ou stimulation

D

Non réalisé

NSP

Ne se prononce pas

Mobilité, manipulation et capacité motrice

	A	B	C	D	NSP
Marcher :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déplacer à l'intérieur :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déplacer à l'extérieur :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préhension main dominante :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préhension main non dominante :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motricité fine :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Précisions :

.....

.....

Cognition / Capacité cognitive

	A	B	C	D	NSP
Orientation dans le temps :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientation dans l'espace :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestion de la sécurité personnelle :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maîtrise du comportement :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Précisions:

.....

.....

Entretien personnel

	A	B	C	D	NSP
Faire sa toilette :	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Manger et boire des aliments préparés :	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Assurer l'hygiène de l'élimination fécale :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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.

Fait à, le

Signature et CACHET du médecin
ou n° RPPS et ADELI

Signature du patient (non obligatoire)



DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE - APA À DOMICILE

À REMPLIR PAR LE DEMANDEUR OU SON REPRÉSENTANT
s'il le souhaite

Nom(s) : Prénom(s) :
Né(e) le :

DEMANDE SIMPLIFIÉE D'UNE CARTE MOBILITÉ INCLUSION (CMI)

(Article L.241-3 du Code de l'action sociale et des familles)

Souhaitez-vous bénéficier de la CMI avec mention Invalidité Oui Non
Souhaitez-vous bénéficier de la CMI avec mention Priorité Oui Non
Souhaitez-vous bénéficier de la CMI avec mention Stationnement Oui Non

Pour information :

- > 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 comportant les mentions Invalidité et Stationnement.
- > Si vous êtes évalué en GIR 3, 4, 5 ou 6, l'équipe médico-sociale peut apprécier si votre situation justifie l'attribution des mentions Priorité et/ou Stationnement de la CMI.

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

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

certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus fournis dans le cadre d'une demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) à domicile.

DISPOSITIONS RELATIVES A LA LOI DU 6 JANVIER 1978

Les traitements relatifs à cette demande sont informatisés. Ils sont soumis aux dispositions de la loi *Informatique et libertés* du 6 janvier 1978, modifiée en 2004, qui protège les droits et libertés individuels.

Toute personne peut obtenir communication et, le cas échéant, rectification ou suppression des informations la concernant, en adressant un courrier au Conseil Départemental de Meurthe-et-Moselle, à l'attention de Madame la directrice de l'Autonomie.

Fait à le

Nom, prénom et signature du demandeur
ou de son représentant (précisez la qualité).



DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE - APA À DOMICILE

À REMPLIR PAR LE DEMANDEUR OU SON REPRÉSENTANT
s'il le souhaite

Nom(s) : Prénom(s) :
Né(e) le :

DÉCLARATION DU OU DES PROCHES AIDANTS

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 » pour l'attribution éventuelle d'aide au répit.

Au-delà de deux personnes, merci de compléter une seconde déclaration.

COORDONNÉES	DE LA 1ÈRE PERSONNE AIDANTE	DE LA 2ÈME PERSONNE AIDANTE
Nom - Prénom		
Âge		
Adresse		
Téléphone fixe		
Téléphone portable		
Adresse E-mail (facultatif)		
Lien avec le demandeur		
Nature de l'aide apportée (¹)		
Durée et périodicité de cette aide (²)		

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

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

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

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

certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus fournis dans le cadre d'une demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) à domicile.

DISPOSITIONS RELATIVES A LA LOI DU 6 JANVIER 1978

Les traitements relatifs à cette demande sont informatisés. Ils sont soumis aux dispositions de la loi **Informatique et libertés** du 6 janvier 1978, modifiée en 2004, qui protège les droits et libertés individuels.

Toute personne peut obtenir communication et, le cas échéant, rectification ou suppression des informations la concernant, en adressant un courrier au Conseil Départemental de Meurthe-et-Moselle, à l'attention de Madame la directrice de l'Autonomie.

Fait à le

Nom, prénom et signature du demandeur
ou de son représentant (précisez la qualité).

