

DOSSIER DE DEMANDE APA

ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE

SOLIDARITÉS ET
AUTONOMIE
DES PERSONNES



www.deux-sevres.fr

à Domicile en Établissement en Famille d'Accueil Agréée
S'agit-il d'une demande d'APA pour le couple ? OUI NON

| DEMANDEUR (bénéficiaire éventuel) | |
|---|----------------------|
| <input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> Madame | |
| Nom | |
| Nom de jeune fille | |
| Prénom(s) | |
| Adresse actuelle | |
| Canton | |
| N° téléphone | <input type="text"/> |

| | |
|---------|----------------------|
| Droit 1 | <input type="text"/> |
| Droit 2 | <input type="text"/> |
| Droit 3 | <input type="text"/> |
| Droit 4 | <input type="text"/> |
| Droit 5 | <input type="text"/> |

| CONJOINT (ou concubin ou personne ayant conclu un PACS) | |
|---|----------------------|
| <input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> Madame | |
| Nom | |
| Nom de jeune fille | |
| Prénom(s) | |
| Adresse actuelle (si différente) | |
| Canton (si différent) | |
| N° téléphone | <input type="text"/> |

N° de dossier :

Je certifie sur l'honneur l'exactitude de tous les renseignements figurant sur le présent dossier et m'engage à signaler au Département toute modification de ma situation (état de santé, ressources, patrimoine, capitaux,...).

Je suis informé(e) qu'en cas de fraude, de fausse déclaration ou d'omission, je m'expose à des poursuites judiciaires ainsi qu'au remboursement des prestations indûment perçues et je m'engage à fournir toutes les pièces justificatives demandées.

Le

À

Signature de l'intéressé
ou de son représentant légal

Partie administrative à remplir par le demandeur lors de la visite

Je certifie avoir reçu la visite d'un membre de l'équipe médico-sociale du Département dans le cadre de l'instruction de mon dossier d'APA.

Le

À

Signature de l'intéressé
ou de son représentant légal

DÉPARTEMENT DES DEUX-SÈVRES

Direction des Solidarités
et de l'Autonomie des Personnes
74, rue Alsace Lorraine
CS 58880
79028 NIORT Cedex
Tél : 05 49 06 79 79
www.deux-sevres.fr

DISPOSITIONS RELATIVES À LA LOI DU 6 JANVIER 1978

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

Conformément à l'article 27 de cette loi, les personnes auprès desquelles sont recueillies les informations nominatives, sont informées que :

- 1 - Toutes les réponses aux différents questionnaires sont obligatoires. Un défaut de réponse entraînera des retards ou une impossibilité dans l'instruction du dossier.
- 2 - Les destinataires des informations collectées sont exclusivement les administrations et organismes habilités à connaître des dossiers d'aide à domicile ou en établissement.
- 3 - En tout état de cause, les personnes concernées ont un droit d'accès et de rectification des informations nominatives stockées ou traitées informatiquement.



2 Renseignements complémentaires

Votre perte d'autonomie est-elle consécutive à un accident ? OUI NON

Si OUI, y a-t-il eu indemnisation ou une demande en recours ? OUI NON

(Joindre, le cas échéant, la copie du jugement ou du PV d'indemnisation)

Avez-vous actuellement des frais pour l'achat de protections ? OUI NON

Avez-vous souscrit un contrat d'assurance dépendance ? OUI NON

Si OUI, merci de transmettre une copie du contrat.

Utilisez-vous des aides techniques au quotidien ? OUI NON

(ex : déambulateur, barres d'appui, lit médicalisé)

Si OUI, précisez lesquelles :

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

Vous demandez l'APA pour :

Transferts *(cochez les cases ci-dessous)*

se lever

se coucher

Une aide à la toilette : OUI NON Nombre de fois par semaine :

Une aide à l'habillage : OUI NON
 matin soir

Autres aides directes à la personne :

Une prise en charge des frais de dépendance lors d'un séjour temporaire en établissement.

Une aide au règlement des frais d'accueil de jour au sein d'un établissement.

Autres, (précisez) :

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

**DÉPARTEMENT
DES DEUX-SÈVRES**

Direction des Solidarités et de l'Autonomie des Personnes
74, rue Alsace Lorraine - CS 58880 - 79028 NIORT Cedex
Tél : 05 49 06 79 79 - www.deux-sevres.fr


DEUX-SÈVRES
LE DÉPARTEMENT

RELEVÉ DES CAPITAUX PLACÉS ET DES INTÉRÊTS PERCUS OU CAPITALISÉS, IMPOSABLES OU NON, POUR L'ENSEMBLE DU FOYER

APA

ALLOCATION PERSONNALISÉE
D'AUTONOMIE

SOLIDARITÉS ET
AUTONOMIE
DES PERSONNES



www.deux-sevres.fr

| PRODUITS | MONTANT DU CAPITAL à la date de la signature du relevé | | | INTÉRÊTS PERCUS OU CAPITALISÉS (de l'année écoulée) | | |
|---|---|----------|--------------|--|----------|--------------|
| | Demandeur | Conjoint | Compte joint | Demandeur | Conjoint | Compte joint |
| Compte courant | | | | | | |
| Livret d'épargne (livret A de la Poste, livret bleu du Crédit mutuel, livret de Caisse d'épargne) | | | | | | |
| Compte Épargne Logement | | | | | | |
| Livret d'Épargne Populaire | | | | | | |
| CODEVI ou livret de développement durable | | | | | | |
| Épargne assurance vie | | | | | | |
| Plan d'Épargne Populaire | | | | | | |
| Bons d'épargne, bons de caisse, bons de capitalisation | | | | | | |
| Obligations - Actions | | | | | | |
| SICAV et Fonds communs de placement | | | | | | |
| Bons anonymes (bons du Trésor, bons d'épargne) | | | | | | |
| Livret ou Plan d'Épargne logement | | | | | | |
| Autres (à préciser) | | | | | | |

Je soussigné(e) Madame, Monsieur

.....

Adresse

.....

.....

autorise les organismes bancaires et financiers à fournir tous les renseignements utiles sur le montant des capitaux placés et des produits d'épargne.

Le

À

Signature

Visa de l'établissement bancaire ou de l'organisme financier

J'atteste que Madame, Monsieur

.....

n'a pas, à ce jour, dans notre établissement, d'autres formes d'épargne que celles indiquées au recto (toutes les formes d'épargne doivent être déclarées y compris les assurances-vie).

Le

À

Signature et cachet de l'organisme

Je soussigné(e), Madame, Monsieur

né(e) le

Adresse

.....

➤ m'engage à transmettre tout justificatif de placement financier ou d'assurance-vie n'apparaissant pas sur cette (ces) attestation(s) ;

➤ certifie l'exactitude des renseignements indiqués ci-dessus et d'avoir remis ce formulaire à tous les organismes financiers concernés.

Le

À

Signature

LISTE DES PIÈCES À JOINDRE OBLIGATOIREMENT AU DOSSIER DANS LE CADRE D'UNE DEMANDE D'APA



Si vous refusez de transmettre l'une des pièces justificatives, votre dossier fera l'objet d'un rejet administratif.

En cas de fraude, de fausse déclaration ou d'omission, le demandeur s'expose à des poursuites judiciaires ainsi qu'au remboursement des prestations indûment perçues.

POUR UNE DEMANDE D'APA À DOMICILE

- pour une première demande d'APA à domicile

- le dossier APA joint **intégralement rempli et signé**
- une copie du livret de famille, ou de la carte d'identité ou extrait d'acte de naissance ou passeport. S'il s'agit d'un demandeur de nationalité étrangère, fournir la photocopie de la carte de résidence ou du titre de séjour en cours de validité.
- la copie du dernier avis d'imposition ou de non imposition sur le revenu concernant le demandeur, son conjoint, son concubin ou la personne avec qui il a été conclu un pacte civil de solidarité (PACS)
- le(s) relevé(s) des capitaux placés imposables ou non imposables, signé(s) par les établissements bancaires ou compagnies d'assurances, dans lesquelles des comptes sont ouverts au nom du demandeur ou de son conjoint (contrat d'assurance-vie inclus)
- une copie du dernier relevé des taxes foncières sur les propriétés bâties ou non bâties, pour tous les biens immobiliers appartenant au demandeur
- un relevé d'identité bancaire ou postal (RIB ou RIP). Ce relevé doit être celui du demandeur (bénéficiaire éventuel) et non celui d'un parent.
- une copie du jugement désignant un tuteur ou curateur chargé de représenter le demandeur, le cas échéant

Facultatif pour l'APA à domicile :

le certificat médical de chaque demandeur joint au dossier est à faire remplir par le médecin traitant et à retourner sous pli fermé au médecin territorial. Cela n'est pas obligatoire mais permettra un traitement plus rapide de votre dossier.

- pour un renouvellement/révision d'APA à domicile

Le dossier de demande de renouvellement/révision

le certificat médical de chaque demandeur joint au dossier est à faire remplir par le médecin traitant et à retourner sous pli fermé au médecin territorial. Cela n'est pas obligatoire mais permettra un traitement plus rapide de votre dossier.

POUR UNE DEMANDE D'APA EN ÉTABLISSEMENT :

Pièces identiques à celles demandées dans le cadre d'une première demande d'APA à domicile + compléments suivants

le bulletin d'entrée en établissement

la grille d'évaluation AGGIR établie par le médecin coordonnateur de l'établissement

l'arrêté de tarification de l'établissement pour les personnes hébergées hors Deux-Sèvres

CERTIFICAT MÉDICAL CONFIDENTIEL DESTINÉ AU MÉDECIN DE L'AIDE SOCIALE

ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE



SOLIDARITÉS ET
AUTONOMIE
DES PERSONNES



www.deux-sevres.fr

Nom :
Prénom :
né(e) le :

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

 Âge : ans
Adresse :
.....

CADRE DE VIE

seul en couple en famille
autre Préciser :
structure Préciser (type d'établissement et lieu)
.....

AIDES EXISTANTES

1 : Type d'aides apportées :
2 : Quantité d'aides apportées (volume horaire mensuel) :
3 : Nature des intervenants :

NATURE DES AFFECTIONS À L'ORIGINE DE LA PERTE D'AUTONOMIE

1 : date d'apparition

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

2 : date d'apparition

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

3 : date d'apparition

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

HOSPITALISATIONS RÉCENTES

oui non

Si oui, remplir le tableau ci-dessous

| Dates et durées | Causes | Lieux | Services hospitaliers |
|-----------------|--------|-------|-----------------------|
| | | | |

ANTÉCÉDENTS

médicaux :

chirurgicaux :

traitements en cours :

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

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

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

DESCRIPTION DES AFFECTIONS INVALIDANTES

Taille : cm Poids : kg Amaigrissement récent : oui non

AFFECTIONS INVALIDANTES DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR

1 : localisation : étiologie : handicap occasionné :
.....

2 : localisation : étiologie : handicap occasionné :
.....

3 : localisation : étiologie : handicap occasionné :
.....

Interventions chirurgicales sur appareil locomoteur :

appareillage éventuel : cannes anglaises déambulateur fauteuil roulant

autres :

DEFICIENCES PSYCHIQUES ET COGNITIVES

1 : troubles cognitifs : oui non Si oui, MMS :/30 étiologie :

retentissement sur la vie quotidienne : modéré majeur

degré d'évolutivité : lent rapide

2 : troubles du comportement : oui non Si oui, agressivité fugues

déambulation passivité, apathie état anxio-depressif autres :
.....

3 : autres pathologies psychiatriques : oui non Si oui, préciser :
.....

AFFECTIONS INVALIDANTES D'ORIGINE NEUROLOGIQUE

1 : A.V.C handicap occasionné :

2 : Syndrome Parkinsonien handicap occasionné :

3 : Épilepsie Séquelles occasionnées éventuelles :

4 : Autres pathologies neurologiques préciser :

handicap occasionné :

AFFECTIONS SENSORIELLES INVALIDANTES

- 1 : Affections ophtalmologiques** : oui non Si oui, étiologie :
..... Acuité visuelle : OD : /10 OG : /10
Atteinte de la vision centrale : oui non
Si oui, vision centrale < 1/20 de la normale vision centrale > 1/20 de la normale
- 2 : Affections auditives** : oui non Si oui, nature de l'atteinte :
.....
Appareillage : oui non
- 3 : Affections du langage** : oui non Si oui, préciser :

AFFECTIONS CARDIO-RESPIRATOIRES

- 1 : Affections cardio-vasculaires** : oui non
Si oui, préciser :
- 2 : Affections pleuro-pulmonaires** : oui non
Si oui, préciser :
- 3 : Oxygénothérapie** : oui non Si oui : débit : L/min durée : /24h
- 4 : Conséquences fonctionnelles** :
Activité non limitée
Dyspnée d'effort non invalidante pour les actes de la vie quotidienne
Dyspnée au moindre effort Dyspnée de repos

AUTRES AFFECTIONS

- 1 : Affections digestives** : oui non Si oui, préciser :
- 2 : Affections uro-génitales** : oui non Si oui, préciser :
- 3 : Affections métaboliques** : oui non Si oui, préciser :
.....
- 4 : Autres, préciser** :

PRONOSTIC D'ÉVOLUTION

- stabilité amélioration si oui, délai estimé :
- dégradation Si oui, rapide progressive

COMMENTAIRES ET CONCLUSIONS :

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

ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE

Évaluation des activités effectuées par la personne seule sans aide humaine. Les aides matérielles sont considérées comme faisant partie de la personne (fauteuil roulant, déambulateur, prothèse...).

| ACTIVITÉ | A, B OU C |
|---|-----------|
| Transfert | |
| se lever, se coucher, s'asseoir | |
| Déplacement à l'intérieur | |
| se déplacer à l'intérieur du lieu de vie jusqu'à la porte d'entrée sur la rue (coder B si déambulation) | |
| Toilette : assurer son hygiène corporelle | |
| Haut > coiffage, rasage, visage, tronc, membres supérieurs | |
| Bas > régions intimes, membres inférieurs, pieds | |
| Élimination : assurer l'hygiène et non la maîtrise de l'élimination | |
| Urinaire > assurer l'hygiène de l'élimination urinaire | |
| Fécale > assurer l'hygiène de l'élimination fécale | |
| Habillage : s'habiller, se déshabiller, se présenter | |
| Haut > vêtements passés par les bras et/ou la tête | |
| Moyen > fermeture des vêtements, boutonnage, ceinture bretelles, fermeture éclair, pression | |
| Bas > vêtements passés par les pieds y compris les bas, les chaussettes et les chaussures | |
| Alimentation | |
| Se servir > couper la viande, se servir à boire, peler un fruit, ouvrir une capsule... | |
| Manger > manger des aliments préparés, les porter à la bouche, avaler sans fausse route | |
| Alerter | |
| Utiliser un moyen de communication à distance dans le but d'alerter en cas de besoin | |
| Déplacement à l'extérieur | |
| Se déplacer à l'extérieur du lieu de vie en franchissant la porte d'entrée sur la rue | |
| Orientation | |
| Orientation dans le temps | |
| Orientation dans l'espace | |
| Cohérence : communiquer, agir et se comporter de façon logique et sensée | |
| Communication | |
| Comportement | |

| GUIDE DE REMPLISSAGE |
|---|
| Coder A |
| s'il fait seul : <ul style="list-style-type: none"> • spontanément • et totalement • et correctement • et habituellement |
| Coder B |
| s'il ne fait pas <ul style="list-style-type: none"> • spontanément • et/ou totalement • et/ou correctement • et/ou habituellement |
| Coder C |
| s'il ne fait pas <ul style="list-style-type: none"> • s'il faut faire à sa place • ou faire faire • ou tout faire |
| Spontanément : sans avoir à lui dire, à lui expliquer, à lui rappeler Totalement : toute l'activité Correctement : à bon escient et de façon adaptée aux possibilités Habituellement : régulièrement dans le temps, chaque fois que nécessaire |

À renvoyer sous pli confidentiel
au Médecin du
service maintien à domicile,
Direction des solidarités et
de l'autonomie des personnes,
74 rue Alsace Lorraine
CS 58880
79028 NIORT Cedex

Je soussigné(e), Docteur en médecine

Demeurant à.....

Certifie avoir examiné sur sa demande : M., Me, Melle

Présent certificat fait à la demande de l'intéressé(e) et remis en main propre pour faire valoir ses droits.

Le / /

Signature :

**Cachet
indispensable**