



Direction Générale
de la Solidarité et de l'Action Sociale

Direction de la Solidarité

APA DEMANDEE

- A domicile
- En établissement

LE DEMANDEUR

NOM :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Adresse du domicile :

.....

N° téléphone :

PERSONNE A CONTACTER (autre que le demandeur)

NOM :

Prénom :

Adresse :

.....

N° téléphone :

Lien de parenté :

Dossier à retourner daté et signé au :

Conseil Général du Puy-de-Dôme

Direction de la Solidarité - Service Aide sociale prestations

Hôtel du Département

24 rue Saint-Esprit

63033 CLERMONT-FERRAND cedex 1

ALLOCATION PERSONNALISEE D' AUTONOMIE

LE DEMANDEUR

Date et lieu de naissance : Nationalité :

Situation familiale :

Marié(e)

Veuf(ve)

PACS

Divorcé(e)

Concubin(e)

Célibataire

Caisse de retraite principale du demandeur :

CRAM

MSA

CNRACL

AVA

ORGANIC

Autres (précisez) :

Adresse :

*** Si vous ne résidez pas à votre domicile, veuillez cocher l'une des cases suivantes :**

établissement d'hébergement pour personnes âgées

Nom : Date d'entrée :

Adresse :

domicile d'une famille accueillant à titre onéreux :

Nom de l'accueillant : Date de début de l'accueil :

Adresse :

foyer logement

Nom : Date d'entrée :

Adresse :

domicile d'un tiers (famille, amis,...). Lien de parenté :

Date d'arrivée :

*** Adresse du domicile avant l'hébergement en établissement, en famille d'accueil à titre onéreux, en foyer logement ou au domicile d'un tiers :**

N° Rue : Bâtiment :

Code Postal : Ville :

*** Si vous résidez depuis moins de trois mois dans le Puy-de-Dôme, indiquez votre adresse précédente :**

N° Rue : Bâtiment :

Code Postal : Ville :

Date d'arrivée dans le Puy-de-Dôme :

Durée du séjour dans le département précédent :

*** Mentionner le cas échéant l'existence d'une mesure de protection juridique**

Sauvegarde de justice Tutelle Curatelle Mesure d'accompagnement social
personnalisé

Nom, adresse et téléphone du tuteur ou de l'association chargée de la mesure : (joindre copie du jugement) :

LE(LA) CONJOINT(E), CONCUBIN(E), PACSE(E)

NOM et Prénom :

Date de naissance :

Est-il bénéficiaire de l'APA :

OUI

NON

*** Lieu de résidence du(de la) conjoint(e), concubin(e) ou pacsé(e) si différent du demandeur :**

Domicile Établissement Famille d'accueil à titre onéreux

N° Rue : Bâtiment :

Code Postal : Ville :

LES REVENUS ET LE PATRIMOINE DU FOYER

Ces rubriques doivent être impérativement remplies. A défaut, votre dossier sera déclaré incomplet.

► BIENS IMMOBILIERS (immeubles, terrains,...)

Nature	Adresse

En ce qui concerne votre logement, êtes-vous :

Propriétaire Usufruitier Locataire Occupant à titre gratuit

► COMPTE(S) COURANT(S) (du demandeur et de son conjoint)

Montant (à la date de constitution du dossier) :

Nom de la banque détentrice :

► CAPITAUX MOBILIERS, EPARGNE (du demandeur et de son conjoint)

Nature	Montant	Nom de la banque détentrice	Nature	Montant	Nom de la banque détentrice
Livrets d'Épargne 1 ^{er} livret 2 ^{ème} livret			Bons d'épargne, bons de caisse, bons de capitalisation du trésor		
Livret d'Épargne Populaire			SICAV et Fonds communs de placement		
CODEVI – Livret de développement durable			PEP		
Livret ou compte épargne logement			SCPI		
Valeurs : obligations, actions			Bons anonymes		
			Épargne Assurance Vie		
			Autres (à préciser)		

→ Si vous ne disposez d'aucun placement, cochez la case ci-contre

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

► Bénéficiez-vous actuellement :

- | | | |
|--|------------------------------|--------------------------------|
| - d'une majoration pour aide constante d'une tierce personne | <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> OUI * |
| - de l'allocation compensatrice pour tierce personne | <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> OUI |
| - de la prestation de compensation du handicap | <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> OUI |
| - de l'aide ménagère au titre de l'aide sociale départementale | <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> OUI |
| - de l'aide ménagère versée par les caisses de retraite | <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> OUI * |

NB : L'APA n'est cumulable avec aucune des prestations ci-dessus

* Joindre la copie de la décision

Je m'engage à signaler toute modification concernant ma situation et celle de mon conjoint, ou concubin, ou pacsé.

Je soussigné(e), agissant en mon nom propre/en ma qualité de représentant (1) de..... certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus qui sont fournis dans le cadre d'une demande d'allocation personnalisée d'autonomie et autorise les services du Conseil général à transmettre ce dossier à ma caisse de retraite dans l'hypothèse où ma demande d'allocation personnalisée d'autonomie serait rejetée.

Date :/...../.....

Signature

LISTE DES PIECES JUSTIFICATIVES A JOINDRE AU DOSSIER DE DEMANDE

- * Copie du livret de famille ou de la carte d'identité ou d'un passeport de la Communauté Européenne ou extrait d'acte de naissance.
- * Copie de la carte de résidence ou d'un titre de séjour en cours de validité lorsque le demandeur est de nationalité étrangère.
- * Copie intégrale du dernier avis d'imposition ou de non-imposition à l'impôt sur le revenu du demandeur, et du(de la) concubin(e), ou pacsé(e).
- * Justificatifs des revenus soumis à prélèvement libératoire.
- * Copie recto-verso du dernier relevé de la taxe foncière sur les propriétés bâties et non bâties. A défaut, joindre un relevé de propriété.
- * Relevé d'identité postal ou bancaire.
- * Copie de la carte Vitale ou de l'attestation de carte Vitale.

Joindre également :

- * *Pour une demande d'APA à domicile* : Certificat médical "APA" sous pli confidentiel.
- * *Pour une demande d'APA en établissement* :
 - bulletin d'entrée
 - copie de l'arrêté de tarification si l'établissement est situé hors du Puy-de-Dôme

Article L 232.16 du Code de l'Action Sociale et des Familles

"Pour vérifier les déclarations des intéressés, les services de l'évaluation des droits à l'allocation personnalisée d'autonomie 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. (...)"

Article 1 135-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles

"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" (notamment 5 ans d'emprisonnement et 375 000 € d'amende)

Selon la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001, le décret n° 2001-1085 du 20 novembre 2001, la loi n° 2003-289 du 31 mars 2003 et le Règlement départemental d'aide sociale, le Conseil général a la possibilité d'effectuer un contrôle de l'effectivité de la dépense de l'aide accordée.

Selon la loi du 06/01/1978

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 des 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.

Pour l'exercice de ce droit, il convient de vous adresser selon la prestation dont vous bénéficiez, en justifiant de votre identité, à : Monsieur le Président du Conseil Général du Puy-de-Dôme – 24 Rue Saint-Esprit – 63033 CLERMONT-FERRAND Cedex 1

(1) Rayer la mention inutile

**DEMANDE D'ALLOCATION
PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE**

CERTIFICAT MEDICAL

Chère Consoeur, Cher Confrère,

Ce certificat médical vous est présenté par votre patient(e), à l'appui d'une demande d'allocation personnalisée d'autonomie.

Instituée par la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 et ses décrets, cette prestation en nature a essentiellement pour but de permettre la rémunération des tierces personnes salariées, après que l'équipe médico-sociale ait évalué le niveau de dépendance du demandeur à l'aide de la grille AGGIR, et étudié avec lui à son lieu de résidence les aides nécessaires pour favoriser son autonomie.

Les indications portées sur votre certificat permettront à votre médecin territorial référent d'évaluer son niveau de dépendance (grille AGGIR).

Je vous serais très obligé de bien vouloir remettre ce document à votre patient(e), qui le joindra, à son dossier de demande.

Vous remerciant de votre contribution, je vous prie de croire, Chère Consoeur, Cher Confrère, en mes sentiments les meilleurs.

**Le Médecin Territorial Référent
de l'Équipe Médico-Sociale,**

Document à joindre à la demande d'allocation personnalisée d'autonomie à domicile, sous pli cacheté, indiquant le nom et le prénom du bénéficiaire et destiné au médecin territorial référent APA.

NOM :Prénom :Date de naissance : .../.../.....

Adresse :

Code postal : Commune :

Caisse principale de retraite : CRCAM M.S.A. Autres :

Diagnosics principaux motivant la demande :

S'agit-il d'un état chronique
temporaire

Autres pathologies ayant des répercussions sur la perte d'autonomie actuelle :.....
.....
.....

Traitements suivis et posologie :

Le patient est-il dans la possibilité de :

- gérer seul son traitement OUI NON
- de prendre ses médicaments OUI NON

AUTONOMIE DU PATIENT

1) Troubles du comportement OUI NON

Si oui : sont-ils habituels et permanents OUI NON

Le patient met en jeu sa sécurité et/ou celle d'autrui OUI NON

Préciser :

Le patient peut se servir du gaz OUI NON

Le patient peut rester seul au domicile sans surveillance OUI NON

Le patient fait des fugues OUI NON

2) Troubles de l'orientation

Dans le temps OUI NON

Si oui : - modérés
- majeurs

Dans l'espace OUI NON

Si oui le patient se perd : - dans la maison
- à l'extérieur

3) Toilette

Le patient fait seul sa toilette :

- spontanément
- sur incitation
- totalement
- partiellement
- quotidiennement

OUI

NON

OUI

NON

OUI

NON

OUI

NON

OUI

NON

OUI

NON

4) Habillage - déshabillage

• Le patient le fait :

- correctement
- spontanément
- sur incitation
- totalement
- partiellement
- en fonction du temps

OUI

NON

OUI

NON

OUI

NON

OUI

NON

OUI

NON

OUI

NON

• Change ses vêtements spontanément

OUI

NON

5) Élimination

Le patient contrôle ses sphincters :

- vésical
- anal

OUI

NON

OUI

NON

OUI

NON

Si non, le patient gère seul ses protections

- totalement
- partiellement

OUI

NON

OUI

NON

OUI

NON

6) Alimentation

Le patient :

- se sert seul
- se verse à boire
- coupe ses aliments
- ouvre les bouteilles
- pèle ses fruits
- enlève les capsules des yaourts

OUI

NON

OUI

NON

OUI

NON

OUI

NON

OUI

NON

OUI

NON

Le patient s'alimente seul

- spontanément
- sur incitation

OUI

NON

OUI

NON

OUI

NON

7) Transferts

Le patient :

- sort de son lit seul
- se couche seul
- s'assied sur une chaise
- se relève d'une chaise

OUI

NON

OUI

NON

OUI

NON

OUI

NON

Le patient les fait :

- spontanément
- sur incitation

OUI

NON

OUI

NON

8) Déplacements intérieurs

Le patient se déplace dans son logement :

- seul OUI NON
- avec une aide technique (cane, déambulateur, fauteuil) OUI NON
- Si oui, laquelle ?

- correctement OUI NON
- sans but OUI NON

Le patient fait des chutes OUI NON

Si oui, préciser la fréquence

9) Déplacements extérieurs

Le patient se déplace :

- seul OUI NON
- correctement OUI NON
- avec aide technique OUI NON
- Si oui laquelle ?

avec aide humaine OUI NON

Le patient sort régulièrement OUI NON

occasionnellement OUI NON

10) Moyen de communication

Le patient alerte en cas de besoin OUI NON

Si oui, - par téléphone OUI NON

- numéros pré-enregistrés OUI NON

- en criant OUI NON

- en utilisant la télé-assistance OUI NON

Le patient vit seul OUI NON

OBSERVATIONS

Date :

Signature du médecin et cachet