

## DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE A DOMICILE

(un dossier pour chaque personne demandant l'APA)

### PIECES OBLIGATOIRES A JOINDRE

- Ce dossier de demande **complété et signé en page 4**
- Pour les personnes de nationalité française ou ressortissant de la Communauté européenne
  - au choix  Une photocopie intégrale du livret de famille
  - Un extrait d'acte de naissance
  - Une photocopie de la carte nationale d'identité
  - Une photocopie du passeport de la Communauté Européenne
- Pour les personnes de nationalité, hors Communauté européenne :
  - au choix  Une photocopie de la carte de résidence **en cours de validité**
  - Une photocopie du titre de séjour **en cours de validité**
- Une photocopie **intégrale** du dernier avis d'imposition, ou de non imposition, à l'impôt sur le revenu du demandeur, de son conjoint, de son concubin ou de son partenaire d'un PACS
- Une photocopie **intégrale** de toute pièce justificative de biens et capitaux relevant du patrimoine dormant (relevé annuel des assurances vie, dernier avis d'imposition relatif à la taxe foncière sur les propriétés bâties et sur les propriétés non bâties,...) du demandeur, de son conjoint, de son concubin ou de son partenaire d'un PACS
- Une photocopie du jugement de mise sous protection judiciaire (tutelle, curatelle), le cas échéant
- Un relevé d'identité bancaire ou postal **au nom du demandeur**



ÉTAT CIVIL DU DEMANDEUR	
NOM	Date de naissance
NOM de naissance	N° de sécurité sociale
Prénom (s)	Caisse de retraite
Nationalité	Date de fin de validité de la carte de séjour
<input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> concubin (e) <input type="checkbox"/> PACS <input type="checkbox"/> marié (e) <input type="checkbox"/> divorcé (e) <input type="checkbox"/> veuf (ve)	

ÉTAT CIVIL DU CONJOINT	
NOM	Date de naissance
NOM de naissance	N° de sécurité sociale
Prénom (s)	Caisse de retraite
Nationalité	Date de fin de validité de la carte de séjour
Lieu de résidence du conjoint : <input type="checkbox"/> même adresse <input type="checkbox"/> Structure d'hébergement	

**Lieu de résidence principale du demandeur :**

Etes-vous :                       locataire                       propriétaire

Adresse actuelle :

Résidence : ..... Bât : ..... Etage : .....

N° et nom de la voie (ou nom du lieu-dit).....

Code Postal : ..... Commune : .....

**Téléphone obligatoire :** Fixe : .....et/ou Portable : .....

Adresse mail : .....

Précisez s'il s'agit :

d'un domicile privé,  
 d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées ou foyer logement  
 d'un d'hébergement de type accueil familial.

Si vous avez déménagé depuis moins de trois mois ou si vous êtes actuellement en établissement :

Depuis quand : .. / .. / .....

Adresse précédente : .....

Code postal : ..... Commune : .....

➤ Percevez-vous actuellement de :

- |   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| - la Prestation Complémentaire pour Recours à Tierce Personne (PCRTP) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - la Majoration pour aide constante d'une Tierce Personne (MTP)       | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - 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 |
| - la prise en charge d'heures d'aide ménagère                         | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
- Si oui :  par votre caisse de retraite  
 par l'aide sociale départementale

Aucune de ces prestations n'est cumulable avec l'APA.

➤ Mentionnez, le cas échéant, si vous faites l'objet d'une mesure de :

- sauvegarde de justice       curatelle       tutelle      (Joindre le jugement)

Nom et adresse du représentant légal ou de l'association chargé(e) de la gestion des biens :  
(Seul le représentant légal recevra les courriers)

.....  
Téléphone : .....

Nom et adresse d'une personne référente à contacter pour le suivi du dossier : .....

N° tél : ..... Autres n° tél : .....

Adresse mail : .....

Qualité (ami, voisin...) ou lien de parenté : .....

Le référent sera destinataire de tous les documents adressés au demandeur.

Je déclare ne posséder aucun placement financier

Je déclare posséder des biens d'épargne suivants

➤ revenus soumis au prélèvement obligatoire  
(livrets, obligations,...)

Oui       Non

Montant du capital : .....

**joindre une photocopie des justificatifs des montants**

➤ assurance vie

Oui       Non

Montant du capital : .....

**joindre une photocopie du relevé annuel**

Je déclare ne posséder aucun patrimoine immobilier

Je déclare posséder les biens immobiliers suivants :

- résidence principale

Oui

- autres biens immobiliers bâtis ou non bâtis

Oui

- sont-ils loués ?

Oui

Non

**joindre une photocopie intégrale des derniers avis d'imposition relatifs à la taxe foncière sur les propriétés bâties ou non bâties**



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

- certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis ci-dessus,
- suis informé(e) que Monsieur le Président du Conseil Départemental est autorisé à transmettre le dossier aux caisses de retraites (en cas de rejet de l'allocation personnalisée d'autonomie),
- autorise le Conseil Départemental de la Côte-d'Or à transmettre à l'ensemble des partenaires médicosociaux (service d'aide à domicile, cabinet infirmier...) toute information concernant mes droits éventuels à l'APA (date d'effet du plan d'aide, GIR, nombre d'heures accordées...),
- autorise le Conseil Départemental de la Côte-d'Or à transmettre les éléments de mon dossier nécessaires à une demande de carte d'invalidité, de carte de stationnement.

Fait à .....

Signature :

Le .....

### **CNIL – Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés**

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 d'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 et en justifiant de votre identité à Monsieur le Président du Conseil Départemental.

**Ce dossier de demande complété et signé doit être envoyé ou  
déposé à l'une des adresses ci-dessous :**

Conseil Départemental de la Côte-d'Or  
Pôle Solidarités – Direction de l'Accompagnement à l'Autonomie  
Service Aide à l'Autonomie  
1 rue Joseph Tissot – BP 1601  
**21035 DIJON CEDEX**  
courriel : [apa.maia.dijon@cotedor.fr](mailto:apa.maia.dijon@cotedor.fr)  
Téléphone : 03 80 63 69 70

Conseil Départemental de la Côte-d'Or  
Pôle Solidarités – Direction de l'Accompagnement à l'Autonomie  
Service Aide à l'Autonomie  
17 avenue du Mail  
**21240 TALANT**  
courriel : [apa.maia.asf.talant.chenove@cotedor.fr](mailto:apa.maia.asf.talant.chenove@cotedor.fr)  
Téléphone : 03 80 63 62 41

Conseil Départemental de la Côte-d'Or  
Pôle Solidarités – Direction de l'Accompagnement à l'Autonomie  
Service Aide à l'Autonomie  
12 rue Charles Jaffelin  
**21200 BEAUNE**  
courriel : [apa.maia.beaune@cotedor.fr](mailto:apa.maia.beaune@cotedor.fr)  
Téléphone : 03 80 63 33 50

Conseil Départemental de la Côte-d'Or  
Pôle Solidarités – Direction de l'Accompagnement à l'Autonomie  
Service Aide à l'Autonomie  
28 rue des Lilas  
**21110 GENLIS**  
courriel : [apa.maia.genlis@cotedor.fr](mailto:apa.maia.genlis@cotedor.fr)  
Téléphone : 03 80 10 06 73

Conseil Départemental de la Côte-d'Or  
Pôle Solidarités – Direction de l'Accompagnement à l'Autonomie  
Service Aide à l'Autonomie  
35 rue d'Abrantès  
**21500 MONTBARD**  
courriel : [apa.maia.montbard@cotedor.fr](mailto:apa.maia.montbard@cotedor.fr)  
Téléphone : 03 80 63 35 03

**CERTIFICAT MÉDICAL**  
**ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE**  
**(Réponse facultative)**

Cher confrère,

Votre patient a l'intention d'établir une demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie.  
Je vous serai obligé de bien vouloir remettre ce certificat circonstancié sous pli confidentiel  
et y joindre tout document complémentaire que vous jugeriez utile.  
En vous remerciant par avance de votre obligeance, je vous prie d'agréer, cher confrère,  
l'expression de mes salutations confraternelles.

Le médecin de l'équipe médico-sociale<sup>1</sup>

---

**Identification du demandeur**

NOM ..... Prénom ..... date de naissance ...../...../.....

Adresse.....  
.....  
.....

---

**Diagnostic principal motivant la demande**

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

Hospitalisation récente  motif :.....

---

**Autres pathologies ayant des répercussions sur la perte d'autonomie**

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

<sup>1</sup> Le médecin de l'équipe médico-sociale est astreint au secret médical (article 226-13 du code pénal)

## Traitements suivis

.....  
.....

---

## Le patient peut-il

- Gérer seul son traitement
  - Prendre seul ses médicaments
- 

## État général

Taille ..... Poids ..... Perte de poids récente

---

### Déficiences des fonctions supérieures

- Troubles cognitifs
- Troubles de mémoire
- Troubles des fonctions d'exécution

- Troubles du comportement
- Apathie
- Désinhibition

- Troubles de l'humeur
- Suivi spécialisé
- Mise en danger

### MMS : score .....

- Désorientation tempo spatiale
- Autres

- Déambulation
- Opposition
- Autres

- Repli sur soi

- Besoin d'accompagnement

Retentissement au quotidien de ces troubles.....

### Déficiences neuro-motrices (préciser la localisation et le type de troubles)

Hémicorps droit  Hémicorps gauche  Autre .....

Marche avec aide par

- Tierce personne
- Aide technique : Canne  Déambulateur  Fauteuil roulant

Périmètre de marche : ..... Chutes

### Déficiences de la fonction cardiorespiratoire

Signes de décompensation  Assistance respiratoire

**Déficiences de la vision**

Perte de l'acuité visuelle                       œil droit                       œil gauche

Troubles associés .....

**Déficiences de l'audition**

Perte d'audition                       oreille droite                       oreille gauche

Troubles associés

Appareillage

**Déficiences du langage**

Dysarthrie                       Aphasie

**Déficiences sphère digestive**

Trouble de la déglutition                       Stomie

Incontinence fécale

**Déficiences fonction urinaire**

Incontinence urinaire                       Dialyse

---

**Aides existantes**

Aide à domicile  .....

Infirmière  .....

Kinésithérapeute  .....

Autres  .....

---

**Date**

**Signature et cachet du médecin**



# ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE (grille nationale AGGIR)

## CAPACITÉS DE RÉALISATION DE LA PERSONNE SEULE

**Ne fait pas du tout** = la personne ne réalise jamais seule une activité et il faut faire à la place ou faire faire, ou bien la réalisation partielle est telle qu'il faut tout refaire.

Si la case « Ne fait pas du tout » est cochée : il est inutile de cocher les cases suivantes.

**Fait, mais pas Spontanément (S)**

**Fait, mais pas Correctement (C)**

**Fait, mais pas Totalelement (T)**

**Fait, mais pas Habituellement (H)**

= la personne fait difficilement mais les conditions ne sont pas remplies pour un ou plusieurs adverbes. Il s'agit alors d'identifier les 1, 2 ou 3 adverbes, celui ou ceux qui posent problème et qui rend ou rendent indispensable l'intervention d'un tiers.

**Fait seule** = en complète autonomie

NOM :		NE FAIT PAS DU TOUT	FAIT, MAIS PAS...				FAIT SEULE
			S	T	C	H	
Prénom :							
1. TRANSFERTS (se lever, se coucher s'asseoir)							
2. DEPLACEMENTS A L'INTERIEUR							
3. TOILETTE	Haut						
	Bas						
4. HYGIENE DE L'ELIMINATION	Urinaire						
	Fécale						
5. HABILLAGE, DESHABILLAGE	Haut						
	Moyen						
	Bas						
6. CUISINER (préparer les repas)							
7. ALIMENTATION	Se servir						
	Manger						
8. SUIVI DU TRAITEMENT MEDICAL							
9. MENAGE (effectuer les travaux ménagers courants)							
10. ALERTER (avec téléphone, alarme, sonnette...)							
11. DEPLACEMENTS A L'EXTERIEUR							
12. TRANSPORTS (déplacements collectif ou individuel)							
13. ACTIVITES (pratique volontaire, seule ou en groupe)							
14. ACHATS (acquisition volontaire de biens)							
15. GESTION (administrative et financière)							
16. ORIENTATION	Se repérer dans le temps						
	Se repérer dans l'espace						
17. COHERENCE	Communication						
	Comportement						

**Renseignement concernant votre/vos proche(s) aidant(s)  
ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE**

(Réponse facultative)

Ce document a pour objet de fournir les informations sur les personnes de votre famille ou de votre entourage qui vous apportent une aide dans la vie quotidienne.

NOM - Prénom du demandeur :

.....

Adresse :

.....

.....

**Aidant 1**

NOM – Prénom : .....

Date de naissance : .. / .. / ....

Adresse : .....

.....

Nature de votre lien avec l'aidant :  conjoint  enfant

autre membre de la famille  ami/voisin

Nature de l'aide apportée (par exemple : accompagnement dans les déplacements extérieurs, aide à la toilette ou à l'habillage, ...) :

.....

.....

.....

Durée approximative de cette aide pour une journée, une semaine ou un mois (en heures) :

.....

.....

.....

## Aidant 2

NOM – Prénom : .....

Date de naissance : .. / .. / .....

Adresse : .....

Nature de votre lien avec l'aidant :       conjoint                           enfant  
    autre membre de la famille       ami/voisin

Nature de l'aide apportée (par exemple : accompagnement dans les déplacements extérieurs, aide à la toilette ou habillage, ...) :

Durée approximative de cette aide pour une journée, une semaine ou un mois (en heures) :

## Aidant 3

NOM – Prénom : .....

Date de naissance : .. / .. / .....

Adresse : .....

Nature de votre lien avec l'aidant :       conjoint                           enfant  
    autre membre de la famille       ami/voisin

Nature de l'aide apportée (par exemple : accompagnement dans les déplacements extérieurs, aide à la toilette ou habillage, ...) :

Durée approximative de cette aide pour une journée, une semaine ou un mois (en heures) :