

ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE A DOMICILE Demande de révision

Madame Monsieur

NOM - Prénom du demandeur :

Date de naissance :

Adresse :

.....

Téléphone :

Numéro de Sécurité sociale :

Situation familiale :

célibataire marié pacsé en concubinage divorcé ou séparé veuf

Uniquement si concerné :

NOM - Prénom du conjoint :

Date de naissance :

Si domicile différent du conjoint, adresse:

Le demandeur fait-il l'objet d'une mesure de protection ?

Oui, la mesure a été prononcée Non, mais une demande est en cours Non

Si la réponse est « Oui », préciser la mesure de protection :

Sauvegarde de justice Curatelle simple Curatelle renforcée Tutelle
 Habilitation familiale Mandat de protection future « activé »



Si concerné, joindre la photocopie de la décision de justice relative à sa mise sous protection.

Les informations de l'organisme de protection juridique ou du mandataire

Madame Monsieur

NOM - Prénom de mandataire :

Adresse :

.....

Téléphone : Adresse e-mail :

Vous souhaitez réviser votre plan d'aide actuel. Afin de prendre en compte votre demande, merci de bien vouloir renvoyer ce document dûment rempli et accompagné des pièces demandées.

Motifs de la demande de révision :

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

Votre demande est -elle liée à une hospitalisation de l'aidant ? oui non

CARTE MOBILITE INCLUSION (CMI)

Etes vous bénéficiaire de la CMI ? oui non

Souhaitez-vous bénéficier de la CMI ou renouveler votre CMI arrivant à échéance ?
 oui non

Si oui, préciser si vous souhaitez : la CMI mention priorité invalidité
 la CMI stationnement

↪ **Si concerné, joindre un certificat médical pour les personnes en GIR 3 et 4.**

PIECES OBLIGATOIRES A JOINDRE

↪ **Une photocopie de toutes les pages 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

Je déclare ne posséder aucun patrimoine immobilier.

Je déclare posséder les biens immobiliers suivants :

- résidence principale ? oui non

- autres biens immobiliers bâtis ou non bâtis ? oui non

- sont-ils loués ? oui non

↪ **joindre une photocopie intégrale du (des) dernier(s) avis de taxe foncière pour chaque bien du demandeur et de son conjoint qui n'est pas mis en location.**

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 médico-sociaux (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...).

Fait à

Signature :

Le

Mentions d'information relatives aux données à caractère personnel du demandeur et de son conjoint

Le traitement des informations recueillies par ce formulaire est nécessaire à l'exécution d'une mission d'intérêt public ou relevant de l'exercice de l'autorité publique dont est investi le responsable du traitement (article 6-1 e du Règlement général sur la protection des données – RGPD).

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique, destiné à instruire la demande et à contrôler les droits associés. Les données enregistrées sont celles du formulaire ainsi que celles librement fournies par le demandeur. Les données ne font pas l'objet d'une prise de décision automatisée. L'ensemble des informations demandées est nécessaire à la bonne instruction de la demande. Tout défaut de réponse pourrait entraîner un allongement de la durée de traitement ou un rejet du dossier.

Les personnes accédant à ces données sont les agents dûment habilités au sein des départements ainsi que les professionnels qui participent à la prise en charge du parcours de la personne âgée ou qui accompagnent la personne âgée (professionnels de santé , professionnels œuvrant dans le champ du social et du médico-social) notamment ceux visés à l'article R.232-44 du Code de l'action sociale et des familles (CASF) pour l'APA.

L'organisme gestionnaire de la prestation demandée peut également être amené à échanger des informations relatives à la situation du demandeur avec d'autres organismes, notamment l'administration fiscale, les organismes de sécurité sociale versant des prestations analogues, les collectivités territoriales et les organismes de recouvrement des cotisations sociales.

Les données sont conservées pour une durée maximale de 6 ans, à compter de la cessation des droits du demandeur. Conformément aux articles 15 à 23 du RGPD, le demandeur dispose d'un droit d'accès et de rectification des informations le concernant. Il dispose aussi du droit de limiter le traitement de ses données dans les conditions prévues par le RGPD.

Une copie des données à caractère personnel peut être délivrée à la demande de la personne. Toutefois, l'organisme en charge du dossier a la possibilité de s'opposer aux demandes manifestement abusives, notamment par leur nombre, leur caractère répétitif ou systématique.

3. Prises en charges thérapeutiques

! Indiquez les prises en charges thérapeutiques présentes de manière prolongée et pouvant avoir des répercussions sur la vie du patient du fait de mode d'administration, de temps de traitement, de répétitions, d'effets secondaires, de contraintes géographiques, etc. (chimiothérapie, dialyse, etc.) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. Perspective d'évolution de l'atteinte de l'autonomie

Cochez la case qui correspond le mieux à la situation du patient

Amélioration (précisez la durée prévisible des limitations fonctionnelles : < 1 an > 1 an)

Stabilité Aggravation Évolutivité majeure Non définie

5. Mobilité – Déplacements

Précisez le 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 pour tous ses déplacements ? Oui Non

Pour ses déplacements, le patient a-t-il besoin systématiquement :

- d'une aide humaine (quelles que soient les difficultés rencontrées) ? Oui Non
- d'une canne ? Oui Non
- d'un déambulateur ? Oui Non
- d'un fauteuil roulant ? Oui Non
- d'une autre aide technique ? Oui Non (précisez) :

6. Évaluation de la perte d'autonomie

Mobilité, manipulation et capacité motrice	Réalisé seul et/ou avec une aide technique	Réalisé avec l'aide d'un proche ou d'un professionnel	Non réalisé	Ne se prononce pas
Assurer ses transferts (se lever, s'asseoir, se coucher)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déplacer à l'intérieur du domicile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déplacer à l'extérieur du domicile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avoir la préhension manuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avoir des activités de motricité fine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Précisions :

.....

.....

.....

L'annexe continue page suivante →

Autres actes essentiels de la vie quotidienne	Réalisé seul et/ou avec une aide technique	Réalisé avec l'aide d'un proche ou d'un professionnel	Non réalisé	Ne se prononce pas
Faire sa toilette	<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"/>
Manger et boire des aliments préparés	<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"/>
Assurer l'hygiène de l'élimination fécale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Précisions :

.....

.....

.....

Cognition / Capacité cognitive	Réalisé seul et/ou avec une aide technique	Réalisé avec l'aide d'un proche ou d'un professionnel	Non réalisé	Ne se prononce pas
S'orienter dans le temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'orienter dans l'espace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gérer sa sécurité personnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maîtriser son comportement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Précisions :

.....

.....

.....

Cohérence des réponses aux questions ? Oui Non

Si connu, indiquez le score *Mini mental state* (MMS) :

Précisions :

.....

.....

.....

7. Déficiences sensorielles

En cas de déficience auditive avec un retentissement significatif, merci de joindre le compte-rendu type pour un bilan auditif rempli par un ORL (Volet 1 du Cerfa n° 15695*01-certificat médical MDPH).

En cas de déficience visuelle avec un retentissement significatif, merci de joindre le compte-rendu type pour un bilan ophtalmologique rempli par un ophtalmologiste (Volet 2 du Cerfa n° 15695*01-certificat médical MDPH).

Document rédigé à la demande du patient et remis en main propre.

Fait à :

Le :

Cachet du médecin ou numéro au Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) :

Signature du médecin :

Ce dossier doit être:

- **complété dans sa totalité et signé**
- **retourné par courriel ou voie postale à l'une des adresses ci-dessous, avec les pièces justificatives relatives à votre situation**

Conseil Départemental de la Côte-d'Or
Pôle Solidarités, Jeunesse, Culture et Sport
Direction de l'Accompagnement à l'Autonomie
Service Soutien et Maintien A Domicile Côte-d'Or
1 rue Joseph Tissot – CS 13501
21035 DIJON CEDEX
courriel : apa.dijon@cotedor.fr
Téléphone : 03 80 63 62 48

Conseil Départemental de la Côte-d'Or
Pôle Solidarités, Jeunesse, Culture et Sport
Direction de l'Accompagnement à l'Autonomie
Service Soutien et Maintien A Domicile Côte-d'Or
17 avenue du Mail
21240 TALANT
courriel : apa.agglo@cotedor.fr
Téléphone : 03 80 63 62 41

Conseil Départemental de la Côte-d'Or
Pôle Solidarités, Jeunesse, Culture et Sport
Direction de l'Accompagnement à l'Autonomie
Service Soutien et Maintien A Domicile Côte-d'Or
20 rue Jean-François Champollion
21200 BEAUNE
courriel : apa.beaune@cotedor.fr
Téléphone : 03 80 63 33 50

Conseil Départemental de la Côte-d'Or
Pôle Solidarités, Jeunesse, Culture et Sport
Direction de l'Accompagnement à l'Autonomie
Service Soutien et Maintien A Domicile Côte-d'Or
28 rue des Lilas
21110 GENLIS
courriel : apa.genlis@cotedor.fr
Téléphone : 03 80 10 06 73

Conseil Départemental de la Côte-d'Or
Pôle Solidarités, Jeunesse, Culture et Sport
Direction de l'Accompagnement à l'Autonomie
Service Soutien et Maintien A Domicile Côte-d'Or
35 rue d'Abrantès
21500 MONTBARD
courriel : apa.montbard@cotedor.fr
Téléphone : 03 80 63 35 03

Territoires du Service Soutien et Maintien à Domicile Côte-d'Or

