

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
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
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
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
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
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-sociale¹

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

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

¹ 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

Déficience de la vision

Perte de l'acuité visuelle œil droit œil gauche

Troubles associés

Déficience de l'audition

Perte d'audition oreille droite oreille gauche

Troubles associés

Appareillage

Déficience du langage

Dysarthrie Aphasie

Déficience sphère digestive

Trouble de la déglutition Stomie

Incontinence fécale

Déficience 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) :

.....

.....

.....

