



PUY-DE-DÔME
LE DÉPARTEMENT

Direction Générale
de la Solidarité et de l'Action Sociale

Direction de la Solidarité

APA A DOMICILE

Révision

1. Le dossier doit impérativement être rempli dans son intégralité et accompagné des pièces justificatives figurant en page 4.

2. En cas de dossier non rempli ou d'absence de pièces justificatives, le dossier d'Allocation Personnalisée d'Autonomie sera déclaré incomplet.

LE DEMANDEUR

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse du domicile :

.....

N° téléphone :

Mail :

PERSONNE A CONTACTER (autre que le demandeur)

NOM :

Prénom :

Adresse :

.....

N° téléphone :

Mail :

Lien de parenté :

Dossier à retourner daté et signé au :
Conseil Départemental du Puy-de-Dôme
Direction de la Solidarité - Service Aide Sociale Prestations
24 rue Saint-Esprit
63033 CLERMONT-FERRAND cedex 1

ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE

LE DEMANDEUR

Si votre situation a changé depuis l'octroi de l'allocation personnalisée d'autonomie, veuillez préciser :

► **Changement de votre situation familiale :**

Veuf(ve) depuis le :

Divorcé(e) depuis le :

Marié(e) depuis le :

Concubin(e) depuis le :

Pacsé(e) depuis le :

► **Changement de domicile, indiquez la nouvelle adresse :**

Depuis le :

S'agit-il d'un :

Etablissement Famille d'accueil à titre onéreux Domicile d'un tiers (ami, famille)

► **Mise en place d'une mesure de protection juridique :** (joindre copie du jugement)

Sauvegarde de justice Tutelle Curatelle Mesure d'accompagnement social personnalisé

Depuis le :

Nom, adresse et téléphone du tuteur ou de l'association chargée de la mesure

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

► **Bénéficiez-vous actuellement :**

- d'une majoration pour aide constante d'une tierce personne	<input type="checkbox"/> OUI	} Joindre la copie de la décision	<input type="checkbox"/> NON
- de l'aide ménagère versée par les caisses de retraite	<input type="checkbox"/> OUI		<input type="checkbox"/> NON
- de la prestation de compensation du handicap	<input type="checkbox"/> OUI		<input type="checkbox"/> NON

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

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: A remplir impérativement

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

Nature	Adresse

En ce qui concerne votre logement, êtes-vous :

Propriétaire Usufructier Locataire Occupant à titre gratuit

Joindre copie de(s) taxe(s) foncière(s)

► COMPTE(S) COURANT(S), CAPITAUX MOBILIERS, EPARGNE, ASSURANCE(S) VIE

Nature	Demandeur		Conjoint(e), Concubin(e), Pacsé(e)	
	Montant	Nom de la/les banque(s)	Montant	Nom de la/les banque(s)
Compte courant				
Livret(s) épargne				
Assurance(s) vie(s)				
Autres				

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

Dans tous les cas, joindre la/les attestation(s) de votre situation financière établie(s) par votre/vos établissement(s) bancaire(s) et/ou compagnie(s) d'assurance

DEMANDE DE CARTE MOBILITE INCLUSION (CMI)



Ne pas demander la/les CMI si vous êtes déjà titulaire d'une/des carte(s) équivalente(s) (carte invalidité, carte stationnement, carte priorité) accordée(s) à titre définitif ou arrivant à échéance au-delà de 6 mois.

Les conditions d'attribution de la CMI seront examinées par l'équipe médico-sociale lors de l'évaluation de votre degré de perte d'autonomie (GIR).

Souhaitez-vous bénéficier de la CMI-Priorité ?

Oui

Non

Souhaitez-vous bénéficier de la CMI-Stationnement ?

Oui

Non

Si l'APA vous est octroyé au titre du GIR 1 ou 2 (perte d'autonomie importante), vous pourrez bénéficier sans autre condition et à titre définitif de la CMI-Invalidité et CMI-Stationnement.

Souhaitez-vous bénéficier de cette disposition pour la carte CMI Invalidité?

Souhaitez-vous bénéficier de cette disposition pour la carte CMI Stationnement ?

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 départemental à transmettre ce dossier à ma caisse de retraite dans l'hypothèse où ma demande d'allocation personnalisée d'autonomie serait rejetée.

Je suis informé(e) que ma situation pourra éventuellement faire l'objet d'un examen en équipe pluridisciplinaire.

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

Signature

LISTE DES PIECES JUSTIFICATIVES A JOINDRE AU DOSSIER DE DEMANDE

- * Certificat médical "APA" sous pli confidentiel.
- * Courrier détaillé justifiant la demande de révision.
- * 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 partenaire d'un pacs.
- * 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 détaillé de la situation financière du demandeur, de son conjoint(e), concubin(e) ou partenaire d'un pacs établi par son/ses établissements bancaires et/ou compagnie(s) d'assurance.

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 Départemental du Puy-de-Dôme – 24 Rue Saint-Esprit – 63033 CLERMONT-FERRAND Cedex 1

(1) Rayer la mention inutile

DOSSIER MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL

PERSONNE CONCERNEE

Civilité : Monsieur Madame

NOM de naissance
(suivi s'il y a lieu par le nom d'usage)

Prénom(s)

Date de naissance

ANTECEDENTS médicaux, chirurgicaux	PATHOLOGIES ACTUELLES

TRAITEMENTS EN COURS OU JOINDRE LES ORDONNANCES (nom des médicaments, posologie)

PERSPECTIVE D'EVOLUTION

SOINS PALLIATIFS OUI NON

CONDUITES A RISQUE

OUI	NON
-----	-----

Alcool		
Tabac		
Sevrage		

Taille

cm

Poids

Kg

FONCTIONS SENSORIELLES OUI NON	RISQUE DE FAUSSE ROUTE	REEDUCATION OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Cécité <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Kinésithérapie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Surdité <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Orthophonie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Autre (<i>préciser</i>)

Retentissement fonctionnel

Déplacement : périmètre de marche :

Modalités d'utilisation des aides techniques	Fréquence d'utilisation
Cannes <input type="checkbox"/> En intérieur <input type="checkbox"/> En extérieur	
Déambulateur <input type="checkbox"/> En intérieur <input type="checkbox"/> En extérieur	
Fauteuil roulant manuel <input type="checkbox"/> En intérieur <input type="checkbox"/> En extérieur	
Fauteuil roulant électrique <input type="checkbox"/> En intérieur <input type="checkbox"/> En extérieur	

Ralentissement moteur : Oui Non Besoin de pauses : Oui Non

Besoin d'accompagnement pour les déplacements extérieurs : Oui Non

DONNEES SUR L'AUTONOMIE		A	B	C
Transferts				
Déplacements	A l'intérieur			
	A l'extérieur			
Toilette	Haut			
	Bas			
Hygiène de l'élimination	Urinaire			
	Fécale			
Habillage	Haut			
	Moyen			
	Bas			
Alimentation	Se servir			
	Manger			
Orientation	Temps			
	Espace			
Communication				
Comportement				

A : Fait seul les actes quotidiens : spontanément, et totalement, et habituellement, et correctement.
 B : fait partiellement : non spontanément, et/ou partiellement, et/ou non habituellement, et/ou non correctement
 C : ne fait pas : ni spontanément, ni totalement, ni habituellement, ni correctement

SOINS TECHNIQUES	Oui	Non
Oxygénothérapie		
Sondes d'alimentation		
Sondes trachéotomie		
Sonde urinaire		
Gastrotomie		
Colostomie		
Urétérostomie		
Appareillage ventilatoire (CNAP, VNI...)		
Dialyse		

SYMPTOMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX	Oui	Non
Idées délirantes		
Hallucinations		
Agitation, agressivité (cris...)		
Dépression		
Anxiété		
Apathie		
Désinhibition		
Comportements moteurs aberrants (<i>dont déambulations pathologiques, gestes incessants, risque de sorties non accompagnées...</i>)		
Troubles du sommeil		

APPAREILLAGES	Oui	Non
Lit médicalisé		
Matelas anti-escarres		
Orthèse		
Prothèse		
Pace-maker		
Autres (préciser)		

PANSEMENTS OU SOINS CUTANES	Oui	Non
Soins d'ulcère		
Soins d'escarres		

COMMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS EVENTUELLES (CONTEXTE, ASPECTS COGNITIFS,...)

MEDECIN QUI A RENSEIGNE LE DOSSIER

NOM Prénom(s)

ADRESSE

N°Voie, rue, boulevard

Code postal Commune/Ville

Date / /

Signature
Cachet du médecin

--