



Dossier de demande d'aide présenté par une personne de 60 ans ou plus

Allocation Personnalisée d'Autonomie à domicile - APA *

Monsieur

Madame

Nom : _____

Prénom : _____

Commune : _____

Canton : _____

* Les demandes d'Allocation Personnalisée d'Autonomie à domicile doivent être transmises directement aux services du Conseil départemental - Maison départementale de la solidarité.

1 - Renseignements concernant le foyer du demandeur

	Le bénéficiaire	Son conjoint ou concubin
Nom patronymique de naissance		
Nom marital		
Prénoms		
Date de naissance et lieu		
Nationalité (Française - Ressortissant de l'Union Européenne / Autre)		
Situation de famille (Marié - Divorcé - Veuf - Concubin - PACS - Célibataire)		
Profession ou activité		
N° de sécurité sociale		
Etes-vous retraité(e) (préciser le régime de retraite principal)		

/ADRESSE ACTUELLE DU DEMANDEUR

Date d'arrivée	N°, rue, code postal, commune	adresse du conjoint (si différente du demandeur)

N° de téléphone ou portable du demandeur :

N° de téléphone ou portable du conjoint :

Concernant l'adresse, il s'agit : du domicile personnel, d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées,

de l'accueil à domicile par un particulier agréé et à titre onéreux.

Adresses précédentes/ Date d'arrivée	N° et rue	Code postal	Commune

Date d'arrivée en France (pour les étrangers) :

Êtes-vous hospitalisé(e) dans un établissement de soins ? oui date d'entrée :..... non

Si oui, dans quel type d'établissement ? (joindre un bulletin de situation)

/ALLOCATION

Percevez-vous ? (Cochez la case correspondante)	Le bénéficiaire	Son conjoint
L'allocation supplémentaire (ex FNS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'allocation aux Adultes Handicapés (AAH)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La Majoration pour aide constante d'une Tierce Personne (MTP)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La Prestation Complémentaire pour recours à une Tierce Personne (PC RTP) *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La prestation de compensation du handicap (PCH)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'aide ménagère au titre de l'aide sociale départementale *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'aide ménagère versée par les caisses de retraite *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'aide au logement (ALS ou APL)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Une aide sociale à l'hébergement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Une HAD / Soins palliatifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* **Attention:** aucune de ces prestations n'est cumulable avec l'APA

/AUTRES PERSONNES VIVANTS DANS LE FOYER

Nom et prénom	Date de naissance	Lien de parenté	Profession et autres

2 - Ressources

Ressources figurant sur l'avis d'imposition ou non imposition (dernier avis) montant : €

/A - RETRAITES PRINCIPALES

	Nom de l'organisme	N° de retraite ou d'allocataire	Nature du droit DP-DR*(1)	Montant mensuel	
				Demandeur	Conjoint*(2)
Régime général				€	€
Mutualité sociale agricole				€	€
Régime Social des Indépendants (RSI)				€	€
Autres caisses de retraites «non salariés»				€	€
Régimes spéciaux				€	€
Régimes étrangers				€	€

*(1) DP : Droit Propre (acquis à titre personnel) - DR : Droit de Reversion (acquis au décès du conjoint).

*(2) Montant à préciser pour son conjoint, son concubin ou la personne avec laquelle il a conclu un PACS.

/B - RETRAITES COMPLÉMENTAIRES

	Montant mensuel	
	Demandeur	Conjoint
Retraite du combattant	€	€
Autre	€	€

/C - RÉMUNÉRATIONS

	Montant mensuel	
	Demandeur	Conjoint
Traitements et salaires	€	€
Indemnités journalières de maladie	€	€
Allocation chômage	€	€
Rente, accident du travail ou pension d'invalidité	€	€
Bénéfice agricole ou commercial (BIC)	€	€

/D - AUTRES REVENUS

	Montant mensuel	
	Demandeur	Conjoint
Rente viagère	€	€
Revenus locatifs, fermage	€	€
Revenus du capital mobilier ou immobilier	€	€
Rente viagère au titre de l'assurance dépendance	€	€
Pensions alimentaires ou concours financier versés par vos descendants	€	€
Capital décès	€	€
Indemnité en capital : victime d'accident du travail	€	€
Revenus ne figurant pas dans l'avis d'imposition ou de non imposition sur le revenu soumis au prélèvement libératoire	€	€
Réservé à l'administration		
Total des ressources	€	€

3 - Patrimoine dormant du demandeur, du conjoint, du concubin ou de la personne avec laquelle vous avez conclu un PACS *

/BIENS IMMOBILIERS *

Adresse précise	Non bâti <i>Valeur locative indiquée sur le relevé de la taxe foncière</i>	Bâti <i>Valeur locative indiquée sur le relevé de la taxe foncière</i>
	€	€
	€	€
	€	€
	€	€

/BIENS MOBILIERS ET CAPITAUX NON PLACÉS *

Possédez-vous des biens mobiliers, capitaux non placés des assurances vie ? Oui Non

Demandeur		Conjoint, concubin ou partenaire de PACS	
Désignation	Valeurs	Désignation	Valeurs
	€		€
	€		€
Aucun <input type="checkbox"/>		Aucun <input type="checkbox"/>	

Ne pas déclarer les capitaux placés, y compris ceux exonérés d'impôts (livret A, livret de développement durable, plan d'épargne logement, plan d'épargne en actions...), qui ne constituent pas du patrimoine dormant.

En revanche la valeur des contrats d'assurance-vie, qui relèvent du patrimoine dormant, doit être déclarée.

* Joindre toutes pièces justificatives des biens ou capitaux relevant du patrimoine dormant (relevé(s) annuels (s) d'assurance vie, ...)

/HABITATION

Êtes-vous ? propriétaire locataire usufruitier

AUTRES RENSEIGNEMENTS

Nom du Médecin Traitant :

Adresse :

Tél. :

Nom du Cabinet infirmier :

Adresse :

Tél. :

Nom des Associations ou Services d'aide à domicile :

Adresse :

Tél. :

Demande simplifiée d'une carte mobilité inclusion (CMI)

L'attribution de la CMI avec les mentions "invalidité" et "stationnement pour personnes handicapées" à titre définitif est automatique pour les personnes bénéficiaires de l'APA dont le niveau de perte d'autonomie est évalué au titre du GIR 1 ou 2.

Bénéficiez-vous actuellement ?

D'une carte d'invalidité D'une carte priorité D'une carte de stationnement

Date de fin de validité Illimitée

Dans le cadre de ce dossier APA, souhaitez-vous la délivrance ?

D'une CMI avec mention "invalidité" * ou "priorité" * OUI NON
D'une CMI avec mention "stationnement pour personnes handicapées" * OUI NON

* prévue à l'article à L. 241-3 du CASF (Code de l'Action Sociale et des Familles)

Renseignements concernant le(s) proche(s) aidant(s)* du demandeur (facultatif)

Nom et prénom de votre ou de vos aidants	Age	Lieu de résidence	Nature du lien avec vos aidants	Nature de l'aide apportée (accompagnement dans les déplacements à l'extérieur de votre domicile, courses...)	Nombre d'heures approximatif dans le mois (1)

* Famille, entourage amical ou voisinage qui vous apportent une aide dans les activités de la vie quotidienne à titre non professionnel, qu'on dénommera "aidants".

(1) Durée et périodicité approximatives de cette aide pour une journée, une semaine ou un mois (selon ce qui vous paraît le plus pertinent).

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) certifie sur l'honneur que les renseignements donnés sur cette demande sont exacts.

Je m'engage à signaler tout changement modifiant cette demande.

Dans le cas d'une demande d'**Allocation Personnalisée d'Autonomie**, si celle-ci ne peut m'être attribuée :

j'autorise je n'autorise pas,

le Conseil Départemental de l'Ain : • à transmettre les éléments de ce dossier à une caisse de retraite principale en vue de l'attribution d'une aide ménagère si mes ressources sont supérieures au plafond de l'aide sociale,
• à instruire directement ma demande dans le cadre de l'aide ménagère si mes ressources sont inférieures au plafond de l'aide sociale.

Si vous avez un représentant, précisez :

Sauvegarde de justice Curatelle simple renforcée Tutelle Autres

Nom, prénom et date de naissance du tuteur ou entité de l'association chargée de la mesure

Son adresse :

Le cas échéant, son lien de parenté avec vous :

Éventuellement son N° de téléphone ou de portable :

Nom, prénom et date de naissance de la personne référente à contacter pour la visite d'évaluation

à domicile ou en cas d'urgence (enfant, parent, ...), adresse et N° de téléphone ou de portable :

.....

Si différent de ceux indiqués ci-dessus :

Le courrier est-il à adresser à cette personne ? oui non

Le

Votre signature
ou celle de votre représentant

APA

L'Allocation Personnalisée d'Autonomie ne fait l'objet d'aucun recours sur succession, donation ou leg.

DISPOSITIONS RELATIVES À LA LOI DU 6 JANVIER 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 les 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 donc 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, en justifiant de votre identité, à Monsieur le Président du Conseil départemental.

Pieces à joindre impérativement au dossier dûment complété

- La photocopie du livret de famille ou de la carte nationale d'identité, ou d'un passeport de la Communauté Européenne, ou un extrait d'acte de naissance ; ou s'il s'agit d'un demandeur de nationalité étrangère, la photocopie de la carte de résidence ou du titre de séjour en cours de validité.(*)
- La photocopie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition à l'impôt sur le revenu (pour une demande déposée entre janvier et août de l'année n : fournir l'avis d'imposition ou de non imposition de l'année n-2 ; de septembre à décembre : celui de l'année n-1).(*)
- Toutes pièces justificatives des biens ou capitaux relevant du patrimoine dormant (photocopie du dernier relevé des taxes foncières sur les propriétés bâties et sur les propriétés non bâties, relevé annuel d'assurance vie...).(*)
- Un relevé d'identité bancaire ou postal (*)
- Les justificatifs d'entrée et/ou de sortie des établissements le cas échéant
- La photocopie du jugement de mise sous protection juridique

(*) : seules les pièces suivies de cette mention sont obligatoires pour l'APA

Direction Générale Adjointe Solidarité

Domaine Autonomie

Evaluation Dépendance Personnes Agées

☎ Dr Gauthier-Filliot : 04.74.32.58.57

veronique.gauthier-filliot@ain.fr

☎ Dr Baas : 04.74.32.58.99

marie-jo.baas@ain.fr

☎ Dr Dabout-Nicolas : 04.74.32.58.56

bernadette.dabout-nicolas@ain.fr

☎ Dr Pollet : 04.74.32.33.86

florence.pollet@ain.fr

☎ Dr Quelard : 04.74.32.35.10

francois.quelard@ain.fr

Réf. : EMAPADOM

<p style="text-align: center;">EVALUATION MEDICALE à produire à l'appui d'une demande D'ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE A DOMICILE</p>

A faire remplir par votre médecin traitant généraliste

Cher Confrère,

Dans l'intérêt de votre patient, je vous serais obligé de bien vouloir m'adresser, sous pli confidentiel, ce document médical, à l'adresse suivante : Evaluation Dépendance Personnes Agées – Direction Générale Adjointe Solidarité – BP 50415 – 01012 Bourg-en-Bresse cedex.

Je vous prie d'agréer, Cher Confrère, l'expression de mes salutations confraternelles.

Docteur Véronique GAUTHIER-FILLIOT

Docteur Marie-Joséphine BAAS

Docteur Bernadette DABOUT-NICOLAS

Docteur Florence POLLET

Docteur François QUELARD

NOM : **Nom de jeune fille :**
Prénom : **Date de naissance :**
Adresse :
.....

Taille : /_____/ cm

Poids : /_____/ kg

***Diagnostic principal**

***Diagnostic associé**

1 - Déficiences intellectuelles et/ou du psychisme et/ou difficultés du comportement.

* MMS

Si suivi spécialisé joindre le bilan mémoire

* troubles de la mémoire, de l'orientation temporo-spatiale, du comportement, de l'humeur, déficiences du langage et de la parole, crises comitiales :

2 - Déficiences motrices et de l'appareil locomoteur.

* préciser la localisation (en particulier des paralysies), les troubles sensitifs associés, les limitations d'amplitude articulaire ... Préciser les **dates des traumatismes**, l'appareillage, la tolérance.

* Aide technique OUI NON
Laquelle ?

*** Périmètre de marche ?**

A - t - il besoin de l'accompagnement d'une tierce personne ? toujours jamais parfois

3 - Déficiences de la vision.

* Etiologie :

* Amélioration par traitement médical ou chirurgical : possible impossible

* Acuité visuelle après correction exprimée en dixième : œil droit /_____/ œil gauche /_____/

* Troubles associés :

4 - Déficiences de l'audition. * Appareillés ? OUI NON

5 - Déficiences de la fonction cardio-respiratoire.

* signes fonctionnels, signes de décompensation cardiaque, assistance respiratoire éventuelle :

6 - Autres déficiences.

Grille à remplir en utilisant :

- A** = fait seul : spontanément, et totalement, et habituellement, et correctement,
B = fait seul mais non spontanément, et/ou partiellement, et/ou non habituellement, et/ou non correctement,
C = ne fait jamais seul = il faut faire à la place ou « faire faire»

Cette grille est destinée à évaluer la perte d'autonomie de la personne âgée à partir du constat des activités effectuées ou non par la personne. Son remplissage exclut tout ce que font les aidants et/ou les soignants, afin de mesurer seulement ce que fait la personne âgée. **Les aides matérielles et techniques sont considérées comme faisant partie de la personne (lunettes, fauteuil roulant, prothèses auditives...).**

GRILLE NATIONALE AGGIR –VARIABLES DISCRIMINANTES		A,B,C	OBSERVATIONS
COHERENCE :	communication		
	comportement		
ORIENTATION :	se repérer dans le temps		
	se repérer dans l'espace		
TOILETTE	haut : visage, tronc, membres supérieurs, mains, rasage, coiffage		
	bas : membres inférieurs, pieds, régions intimes		
HABILLAGE	haut : vêtements passés par le bras et/ou la tête		
	moyen : fermetures de vêtements, boutonnage, fermetures éclair, ceintures, bretelles, pressions, soutien gorge		
	bas : vêtements passés par le bas du corps y compris chaussettes, bas, chaussures		
ALIMENTATION : se servir (couper la viande, remplir son verre...)			
manger : porter les aliments et les boissons à sa bouche et avaler			
ELIMINATION :	assurer l'hygiène de l'élimination urinaire		
	assurer l'hygiène de l'élimination anale		
TRANSFERTS : se lever, se coucher, s'asseoir			
DEPLACEMENT A L'INTERIEUR : avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant			
DEPLACEMENT A L'EXTERIEUR : à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport			
COMMUNICATION A DISTANCE : utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme, télé alarme...			

Votre patient(e) bénéficie-t-il (elle) :

- d'un service d'aide à domicile ? OUI NON
- d'une infirmière à domicile ? OUI NON
- d'un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ? OUI NON

si oui indiquer le nom de l'Association d'Aide à Dom et/ou nom de l'infirmière :

CONCLUSIONS :

Cachet et signature du médecin traitant

A
le

Evaluation médicale effectuée par le Docteur :

NOM :

Prénom :

Adresse :

Références bancaires ou postales (1) :

CONSEIL DEPARTEMENTAL DE L'AIN

ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE

Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001

MEMOIRE (2)

des sommes dues concernant la personne examinée :

M. ou Mme

Domicilié(e)

.....
dans le cadre de l'évaluation médicale de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie.

Je soussigné, Docteur, certifie exact le présent
mémoire s'élevant à la somme de : **50 Euros**.

A, le

Cachet et signature du médecin traitant

Pour nous faciliter les remboursements, merci de joindre votre N° SIRET si vous en possédez un.

- (1) Si vous sollicitez pour la première fois un règlement par le Département de l'Ain, veuillez joindre un R.I.B.
(2) Merci de joindre ce mémoire à la fiche d'évaluation médicale pour le règlement de vos honoraires. Selon l'article L. 232-25 du Code de l'action sociale et des familles, le remboursement se prescrit par deux ans.