

DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE

Demande d'aide d'une personne âgée de 60 ans et plus pour faire face à la couverture des besoins liés à la conséquence de la perte d'autonomie, pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou dont l'état nécessite une surveillance régulière.

A domicile

En établissement

Accueil chez un particulier agréé

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE FOYER DU DEMANDEUR

LE DEMANDEUR	CONJOINT - CONCUBIN - PACS
NOM (de naissance)	NOM (de naissance)
Nom marital	Nom marital
Prénoms	Prénoms
Date et lieu de naissance	Date et lieu de naissance
Nationalité <input type="checkbox"/> Française <input type="checkbox"/> Union européenne <input type="checkbox"/> Autre	N° sécurité sociale
Date d'arrivée en France	du conjoint
N° sécurité sociale	Est-il en activité <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Êtes-vous retraité <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Est-il retraité <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si oui, régime de retraite principal	Si oui, régime de retraite principal

SITUATION DE FAMILLE

marié(e)

divorcé(e)

veuf(ve)

concubin(e)

célibataire

pacte civil de solidarité

ADRESSE ACTUELLE DU DEMANDEUR

Précisez s'il s'agit :

du domicile

en location

comme propriétaire

d'un établissement d'hébergement, date d'entrée : | | | | | | | |

d'un accueil au domicile d'un particulier agréé, date de début d'accueil : | | | | | | | |

d'un hébergement chez M. lien de parenté

Adresse complète (N°, voie, appt,...) :

Téléphone domicile Téléphone mobile

Adresse courriel @

Êtes-vous hospitalisé ? oui non

Si oui, dans quel établissement de santé ? :

Depuis le :

Le conjoint-concubin - PACS vit-il au domicile ? oui non

Autre lieu de résidence, coordonnées :

Est-il hébergé en établissement ? oui non

Si oui, coordonnées

ADRESSE PRÉCÉDENTE (DATE D'ARRIVÉE ET DATE DE DÉPART)

Adresse de votre ancien domicile (hors établissement médico-social) :

Du au

LA DÉCLARATION DOIT S'EFFECTUER EN EUROS	RESSOURCES DU FOYER			
	DEMANDEUR		CONJOINT/CONCUBIN PARTENAIRE PACS	
NATURE	CAISSE OU ORGANISME	MONTANT ANNUEL	CAISSE OU ORGANISME	MONTANT ANNUEL
Revenus des capitaux placés • Intérêts perçus des livrets d'épargne, LEP, Livret Développement durable... • Produits des autres placements (gains ou plus-values brutes perçus) NB : Fournir une attestation ou un relevé récapitulatif de votre banque				
Produits des contrats d'assurance-vie NB : Fournir une attestation ou un relevé récapitulatif de votre banque				

PATRIMOINE DU FOYER				
	DEMANDEUR		CONJOINT/CONCUBIN PARTENAIRE PACS	
	CAISSE OU ORGANISME	MONTANT ANNUEL	CAISSE OU ORGANISME	MONTANT ANNUEL
Montants des placements Actions - PEA Obligations SICAV Bons du Trésor Fonds communs Autres placements financiers NB : Fournir une attestation ou un relevé récapitulatif de votre banque				
	MONTANT ANNUEL		ADRESSE	
Biens non loués, hors habitation principale Bâtis : mettre valeur locative figurant sur la taxe d'habitation Non bâtis : mettre le montant de la base de la taxe foncière				

COORDONNÉES DU MÉDECIN TRAITANT	
NOM	Prénom
Téléphone	Adresse courriel
Adresse	

FAITES-VOUS L'OBJET D'UNE MESURE DE PROTECTION (joindre copie du jugement)	
<input type="checkbox"/> Sauvegarde de justice	<input type="checkbox"/> Curatelle
<input type="checkbox"/> Habilitation familiale (article 494 du Code civil)	<input type="checkbox"/> Tutelle
<input type="checkbox"/> Mesure d'Accompagnement Judiciaire	
Nom et adresse du tuteur ou du service tutélaire	
Téléphone fixe	Téléphone mobile
Adresse courriel	

AIDES DONT VOUS BÉNÉFICIEZ ACTUELLEMENT

Aide ménagère au titre de l'aide sociale oui non

Allocation Compensatrice Tierce Personne (A.C.T.P.) oui non
 Date de première attribution [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] par quel département

Aide ménagère au titre d'une Caisse de retraite oui non
 Si oui, laquelle

Prestation de Compensation du Handicap (P.C.H.) oui non
 Date de première attribution [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] par quel département

Majoration pour tierce personne oui non
 Si oui, par quelle caisse

Prestation complémentaire pour recours à tierce personne oui non
 Si oui, par quelle caisse

Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) oui non
 Si oui, par quel département

Attention : l'Allocation Personnalisée d'Autonomie n'est cumulable avec aucune de ces prestations.

À RENSEIGNER OBLIGATOIREMENT

COORDONNÉES DES PERSONNES RÉFÉRENTES

Personne référente à contacter pour la visite à domicile ou en cas d'urgence :

NOM Prénom

Adresse

Téléphone Lien de parenté éventuel

Adresse courriel

NOM Prénom

Adresse

Téléphone Lien de parenté éventuel

Adresse courriel

NB : Vous devez nous communiquer toute modification

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PROCHES AIDANTS (*)

1^{er} AIDANT	2^e AIDANT
NOM de naissance	NOM de naissance
NOM marital	NOM marital
Prénoms	Prénoms
Adresse	Adresse
Téléphone	Téléphone
Nature de votre lien	Nature de votre lien
Durée et périodicité de l'aide apportée	Durée et périodicité de l'aide apportée
.....
.....
.....
.....

(*) l'article L.113-1-3 CASF : « Est considéré comme proche aidant d'une personne âgée son conjoint, le partenaire de PACS, un parent ou un allié, définis comme aidants familiaux, ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables, qui lui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne. »



Je soussigné(e)

agissant en mon nom propre / en ma qualité de représentant légal de

- certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus ;
- certifie avoir pris connaissance des conséquences de la demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie, décrites ci-après :
 - pour vérifier les déclarations des intéressés, le Conseil départemental chargé de l'évaluation des droits peut demander toutes pièces justificatives à l'intéressé(e), ainsi que 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 L 232-16 du code de l'action sociale et des familles) ;
 - sans préjudice des actions en recouvrement des sommes indûment versées, le fait d'avoir frauduleusement perçu l'Allocation Personnalisée d'Autonomie est puni des peines prévues par les articles 313-1 à 313-3 du Code Pénal (article L 232-27 du code de l'action sociale et des familles) ;
 - le bénéficiaire a l'obligation de participer au financement du plan d'aide à hauteur du montant figurant sur la décision d'admission à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie. A défaut, le versement de l'allocation peut être suspendu (article L 232-7 du code de l'action sociale et des familles) ;
 - toutes les réponses aux différents questionnaires sont obligatoires. Un défaut de réponse entraîne des retards ou une impossibilité dans l'instruction du dossier.
- en cas d'octroi de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie en service prestataire
 - **à domicile**
 - j'ai pris acte que le Conseil départemental communique les éléments de la prestation APA, directement au service prestataire d'aide à domicile.
 - j'ai pris acte que le Conseil départemental verse la partie de l'Allocation affectée à la rémunération, directement au service prestataire d'aide à domicile.
 - **en établissement**
 - j'autorise je n'autorise pas
 - le Conseil départemental à verser l'allocation directement à l'établissement d'hébergement.
- en cas de rejet de l'allocation Personnalisée d'Autonomie à domicile
 - j'autorise je n'autorise pas
 - le Conseil départemental à communiquer les éléments du dossier aux caisses de retraite.

Fait à le Signature du demandeur
ou du représentant légal

À adresser à
Monsieur le Président du Conseil départemental de la Haute-Garonne
DIRECTION POUR L'AUTONOMIE PERSONNES AGÉES PERSONNES HANDICAPÉES
ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE
1, boulevard de la Marquette
31090 TOULOUSE cedex 9

DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE

PIÈCES À JOINDRE IMPÉRATIVEMENT AU DOSSIER DÛMENT COMPLÉTÉ

- 1- 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 recto-verso de la carte de résidence ou du titre de séjour,
- 2- La photocopie du dernier avis d'imposition ou de non imposition sur le revenu,
- 3- Le cas échéant, toute pièce justificative des biens ou capitaux relevant du patrimoine dormant (photocopie du dernier relevé de la taxe foncière sur les propriétés bâties et/ou sur les propriétés non bâties, attestation de la banque pour les placements...),
- 4- Références bancaires IBAN et RIB, au nom du bénéficiaire.

À JOINDRE EN COMPLÉMENT DU DOSSIER

- Si vous faites l'objet d'une mesure de protection (tutelle, curatelle, etc.) : copie du jugement,
- Le certificat médical rempli par le médecin traitant dans l'enveloppe confidentielle ci-jointe,
- Si vous êtes hébergé(e) dans un établissement hors Haute-Garonne, joindre le dernier arrêté de tarification, à solliciter auprès de la direction de l'établissement. Ce document pourra être remis après le dépôt du dossier d'APA.

INFORMATION RELATIVE À LA LOI INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Les traitements relatifs à cette demande sont informatisés. Ils sont donc soumis aux dispositions de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et libertés, qui protège les droits et libertés individuels.

Conformément aux articles 39 et 40 de la loi, les personnes desquelles sont recueillies des informations nominatives sont informées que :

- 1° les destinataires des informations collectées sont exclusivement des administrations et organismes habilités à connaître des dossiers d'aide à domicile ou en établissement,
- 2° en tout état de cause, les personnes concernées ont un droit d'accès ou de vérification des informations nominatives stockées ou traitées informatiquement.

Pour l'exercice de ce droit, il convient de vous adresser par lettre ou courriel, en justifiant de votre identité, à Monsieur le Président du Conseil départemental de la Haute-Garonne.

LES PRINCIPES DE LA PRESTATION D'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE

L'APA pour quoi faire ?

- L'APA à domicile sert à financer des dépenses concourant au maintien à domicile des personnes de plus de 60 ans en perte d'autonomie en leur permettant de bénéficier d'aides nécessaires à l'accomplissement des actes de la vie courante (s'habiller, se déplacer, se lever, se coucher, prendre ses repas,...)

Quelles sont mes obligations en tant que bénéficiaire de l'APA ?

- L'APA est une prestation affectée à la couverture des dépenses relevant d'un plan d'aide. Aussi, vous devez fournir tous les justificatifs liés à l'utilisation de l'aide sur demande du Conseil départemental.
- Tout changement ultérieur de situation (hospitalisation, départ en vacances,...) ou modification dans le choix et l'organisation d'intervention, doivent être signalés par écrit au service Instruction Allocation Personnalisée d'Autonomie du Conseil départemental dans les plus brefs délais.
- Vous souhaitez intégrer une structure accueillant des personnes âgées. Vous devez signaler ce changement par écrit à l'administration afin que votre dossier soit mis à jour. L'Allocation personnalisée d'autonomie à domicile est alors arrêtée et remplacée par une Allocation personnalisée d'autonomie en établissement afin de couvrir une partie du tarif lié à la dépendance.

J'estime que mon plan d'aide n'est plus adapté. Que dois-je faire ?

- Tous les deux ans, votre plan d'aide fait l'objet d'une révision automatique par l'administration.
- De la même manière, à tout moment, à votre demande, une révision peut être sollicitée. Une nouvelle visite à domicile est alors effectuée afin d'adapter le plan d'aide à votre situation. Vous devez nous faire parvenir une demande de révision par courrier, courriel ou fax, à laquelle vous joignez une photocopie de votre dernier avis d'imposition sur le revenu (ainsi qu'une copie de votre dernière taxe foncière si vous êtes propriétaire).

Informations complémentaires

- Les tarifs des services d'aide à domicile sont variables. Une partie du coût de l'intervention des services d'aide à domicile dépend de leur tarification. L'Équipe médico-sociale de la Maison des Solidarités du Conseil départemental vous accompagne dans vos démarches de recherche d'un service d'aide à domicile. N'hésitez pas à la solliciter pour plus d'information à ce sujet.
- A noter que l'APA ne peut se cumuler avec l'aide ménagère, l'allocation compensatrice tierce personne, la majoration tierce personne et la prestation complémentaire pour recours à tierce personne versées par un régime de sécurité sociale. Ni avec la Prestation de compensation du handicap (PCH).

À adresser à

Monsieur le Président du Conseil départemental de la Haute-Garonne
DIRECTION POUR L'AUTONOMIE PERSONNES AGÉES PERSONNES HANDICAPÉES
ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE
1, boulevard de la Marquette
31090 TOULOUSE cedex 9



CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE LA HAUTE-GARONNE

ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE

CERTIFICAT MÉDICAL

- Demande d'allocation personnalisée d'autonomie à domicile
 Demande d'allocation personnalisée d'autonomie en établissement (*joindre la grille AGGIR au dossier médical*)
 Demande de CMI mention invalidité/priorité mention stationnement

IDENTITÉ ET COORDONNÉES

NOM Prénom Date de naissance

Adresse

..... Téléphone

Si besoin, personne à contacter

..... Téléphone

Cher Confrère,

Ce certificat est destiné à l'évaluation de la demande de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie déposée par votre patient. Le certificat médical est destiné au Médecin des Actions Médico-Sociales et peut être transmis à l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation de la MDPH pour la demande de CMI. L'équipe médico-sociale prendra éventuellement contact avec vous pour des renseignements complémentaires.

Si vous avez déjà rempli un certificat médical pour ce patient, lors des précédentes demandes concernant l'APA ou la MDPH, et qu'il n'y a pas de modification significative de l'état de santé, de l'état fonctionnel ou de la prise en charge de cette personne, depuis le dernier certificat médical que vous avez établi, vous pouvez remplir le « **certificat médical simplifié** » ci-dessous :

Je certifie que depuis mon précédent certificat médical en date du il n'y a pas de changement dans la situation de M.

À le Cachet

Signature du médecin

À joindre à ce document :

Si des examens complémentaires, évaluations ou hospitalisations, en lien avec la perte d'autonomie ou le handicap ont été réalisés, vous pouvez joindre les comptes-rendus et documents les plus significatifs.

PATHOLOGIE PRINCIPALE À L'ORIGINE DE LA PERTE D'AUTONOMIE

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

ÉTAT GÉNÉRAL DESCRIPTION CLINIQUE

Poids kg Taille IMC
 Dénutrition Amaigrissement kg en mois

ÉTAT COGNITIF ET PSYCHO-COMPORTEMENTAL

Pathologies : (préciser la sévérité, la prise en charge, ...)

Troubles neuro-cognitifs et/ou psycho-comportementaux

MMS ou autres évaluations :

OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Troubles de la mémoire
Désorientation temporelle et spatiale
Troubles du langage
Troubles praxiques
Troubles du comportement alimentaire

OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Troubles du sommeil
Agitation/Agressivité/Fugue
Apathie, dépression
Délire, hallucination
Autres symptômes psychiatriques

FONCTION LOCOMOTRICE

Pathologies (*rhumatologie, neurologie...*) (préciser la sévérité, la prise en charge)

Déficience fonctionnelle (*si oui, préciser*) :

Main dominante avant le handicap : droite gauche

OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Membre supérieur droit dont préhension de la main :
Membre supérieur gauche dont préhension de la main :
Membre inférieur droit :
Membre inférieur gauche :

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Troubles de la marche :
Troubles de l'équilibre, chutes :
Tremblements :
Épilepsie :
Autres troubles :

Périmètre de marche (*en m ou km*) ou durée de marche possible sans pause (*en mn*)

AIDE AUX DÉPLACEMENTS ET AUX TRANSFERTS

- Canne : en intérieur en extérieur Fauteuil roulant manuel : en intérieur en extérieur
 Déambulateur : en intérieur en extérieur Fauteuil roulant électrique : en intérieur en extérieur
 Orthèse, prothèse amovible (*préciser...*) Aide humaine : en intérieur en extérieur
 Verticalisateur, lève malade

ÉTAT SENSORIEL

Pathologies auditive et/ou ophtalmologique (*diagnostics*) :

OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Déficience sévère de la vision (*si retentissement significatif, possibilité de joindre un compte rendu ophtalmologique précisant l'acuité visuelle après correction de l'œil droit et de l'œil gauche*)

Déficience sévère de l'audition (*si retentissement significatif, possibilité de joindre un audiogramme*).

Appareillage prothèse auditive : droite gauche autres :

Aide technique visuelle (*préciser*) :

ÉTAT CARDIO-RESPIRATOIRE

Pathologies (*préciser la sévérité, la prise en charge*)

OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dyspnée (si oui, stade) :

Oxygénothérapie : jour nuit (*modalités à préciser*) :

lors des déplacements à l'extérieur : occasionnel systématique

Autres signes significatifs :

FONCTION DIGESTIVE

Pathologies (*préciser la sévérité, la prise en charge*)

OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Troubles mastication/déglutition / fausses routes (*si oui, préciser*) :

Troubles du transit (*si oui, préciser*) :

Incontinence anale :

Stomie digestive d'élimination (*iléostomie ou colostomie*) :

Stomie digestive d'alimentation (*gastro ou jéjunostomie*) :

Autres :

FONCTION URINAIRE

Pathologies (*préciser la sévérité, la prise en charge*)

OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pollakiurie :

Incontinence nocturne :

Incontinence diurne :

Sonde urinaire :

OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Stomie :

Dialyse :

Autres (*préciser*) :

AUTRES

Autres pathologies :

- Diabète
- Dysthyroïdie
- Insuffisance rénale
- Oncologie

Pathologies cutanées :

- Escarres
- Ulcères
- Autre

AIDES ET SOINS EXISTANTS

- IDE Périodicité et type de soins :
- Kinésithérapeute Périodicité :
- Aide ménagère Périodicité :
- Autres Périodicité :

ÉTAT FONCTIONNEL GLOBAL

- Aides pour les actes ménagers uniquement
- Aides pour certains actes essentiels de la vie quotidienne : (1 – réalisé sans difficulté, 2 – réalisé avec difficultés sans aides humaines, 3 – réalisé avec aides humaines, 4 – non réalisé)

- | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Toilette | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> Déplacements intérieurs | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| <input type="checkbox"/> Habillage | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> Déplacements extérieurs | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| <input type="checkbox"/> Élimination | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> Transferts | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| <input type="checkbox"/> Alimentation | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> Gestion des risques | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |

- Prise du traitement médical 1 2 3 4
- Besoin de surveillance
- risque particulier (à préciser)
-

TRAITEMENT ACTUEL (nature, durée, contraintes, effets secondaires impactant la vie quotidienne)

.....

.....

.....

.....

PRISE EN CHARGE (hospitalisations itératives ou programmées, consultations médicales régulières spécialisées, autres, ...)

.....

.....

.....

OBSERVATIONS ÉVENTUELLES

.....

.....

.....

.....

Date Téléphone

Cachet et signature