

CONSEIL GENERAL de la HAUTE-VIENNE

Dossier de demande
d'ALLOCATION PERSONNALISEE
d'AUTONOMIE

Date de la demande :

NOM : (nom de jeune fille et nom marital pour les femmes) :.....
.....**Prénom**.....
(marital)

Demande : ☐ à domicile

☐ en établissement

☐ situé en Haute-Vienne

☐ Autres

Etes-vous actuellement bénéficiaire d'une prise en charge de votre hébergement au titre de l'aide sociale :

☐ oui

☐ non

● Coordonnées de la personne à contacter pour la visite d'évaluation à domicile ou en cas d'urgence (enfant, parent, autres...) :

- NOM :

- adresse :

- n° de téléphone :

A retourner à :

CONSEIL GENERAL
Pôle personnes âgées, personnes handicapées
Sous Direction Prestations aux personnes âgées
43 av de la Libération
87031 LIMOGES Cedex

SECTEUR.....

CANTON.....



Les pièces justificatives suivantes sont à joindre
IMPERATIVEMENT
à ce dossier de demande

◆ Photocopie intégrale du livret de famille ou de la carte nationale d'identité ou du passeport d'un état membre de l'union européenne ou un extrait de naissance.

- s'il s'agit d'un demandeur de nationalité étrangère (hors union européenne)
photocopie de la carte de résidence ou du titre de séjour.

◆ Photocopie du **dernier avis** d'imposition ou de non imposition à l'impôt sur le revenu. (copie du document intégral)

◆ Photocopie du dernier relevé des taxes foncières sur les propriétés bâties et sur les propriétés non bâties. (copie du document intégral à défaut fournir un relevé de propriété si propriétaire ou usufruitier).

◆ Relevé d'identité bancaire ou postal.

◆ Joindre copie du dernier relevé de compte de dépôt de vue.

Questionnaire à compléter

Toute absence de renseignements retarderait l'examen de votre dossier.

A - Renseignements concernant le demandeur :

DEMANDEUR

NOM :.....

(nom de jeune fille et nom marital pour les femmes)

PRENOM :.....

Date et lieu de naissance :

N° de sécurité sociale :.....

Nationalité :

(française/ ressortissant de l'union européenne/
autre)

Situation de famille :

(marié, divorcé, veuf, concubin, pacs, célibataire)
(en cas de veuvage, date de décès du conjoint) :

Etes-vous retraité ?

CONJOINT *

NOM :.....

PRENOM :.....

Date et lieu de naissance :.....

N° de sécurité sociale :

Est-il en activité ?

Est-il retraité ?.....
(régime de retraite principal)

* Il peut s'agir du conjoint, du concubin ou de la personne avec laquelle le demandeur a conclu un PACS.

LIEU DE RESIDENCE ACTUEL DU DEMANDEUR :

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

LIEU DE RESIDENCE ACTUEL DE SON CONJOINT SI DIFFERENT DU PRECEDENT :

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

COCHER L'UNE DE CES CASES SUIVANTES SI LE LIEU DE RESIDENCE DU DEMANDEUR EST :

- ☐ **Etablissement d'hébergement pour personnes âgées (date d'entrée...)**

admis à l'aide sociale le.....
(le cas échéant)

- ☐ **Le domicile d'un particulier accueillant à titre onéreux dans le cadre de la loi du 10 juillet 1989 (date de début d'accueil et nom de l'accueillant)**.....

Adresse du domicile habituel (si adresse différente du lieu de résidence actuel) :

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

(Si le département à qui incombe la prise en charge de l'A.P.A. en établissement – le département du domicile de secours – n'est pas le département où le demandeur réside, joindre au dossier de demande l'arrêté de tarification de l'établissement. Il appartient au directeur de l'établissement de fournir ce document au demandeur pour compléter son dossier de demande).

Mentionner le cas échéant l'existence d'une mesure de protection juridique :

- ☐ **Sauvegarde de justice** ☐ **Tutelle** ☐ **Curatelle**

Nom et Adresse du tuteur ou de l'association chargée de la mesure :
(joindre copie du jugement).

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné (e) M..... agissant en mon nom propre,
ou M..... en ma qualité de représentant légal

de M....., *certifie sur l'honneur* l'exactitude des renseignements figurant dans le présent dossier qui sont fournis dans le cadre de ma demande d'A.P.A. :

Je suis informé(e) que toute fausse déclaration ou falsification de document, toute obtention usurpée d'un droit, m'expose à des sanctions pénales et financières prévues par le Code de l'Action Sociale et des Familles, le Code de la Sécurité Sociale et le Code Pénal.

Fait à..... le.....

Signature du demandeur

Signature du Représentant (préciser identité)
(en cas d'incapacité de signer du demandeur)

Autorisation de transmission par le Conseil Général du dossier aux caisses de retraite (en cas de rejet d'allocation personnalisée d'autonomie).

le :..... Signature :

CNIL – Commission Nationale Informatique et Liberté.

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 individuelles. 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 de 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, vous voudrez bien vous adresser en justifiant de votre identité à : Madame la Présidente du Conseil Général, 43, avenue de la Libération – 87031 – LIMOGES Cédex –

A.P.A.

B - REVENUS et PATRIMOINE *(fournir les justificatifs)*

RESSOURCES ANNUELLES	MONTANT ANNUEL VERSE AU DEMANDEUR	MONTANT ANNUEL VERSE AU CONJOINT OU A LA PERSONNE VIVANT MARITALEMENT
- Pensions et retraites et nom de l'organisme payeur :		
- Allocation adulte handicapé :		
- Pension d'invalidité :		
- Rente accident du travail :		
- Rente viagère :		
- Pension de guerre :		
- Pension de veuve de guerre, d'ascendant :		
- Allocation chômage :		
- Pension(s) alimentaire(s) versée(s) par les enfants :		
- Salaires ou bénéfices déclarés :		
- Revenus agricoles :		
- Autres (à préciser) :		

Bénéficiez-vous de :		SI OUI MONTANT MENSUEL
- Allocation compensatrice tierce personne :	OUI – NON	
- Majoration pour tierce personne de la Sécurité Sociale :	OUI – NON	
- Prestation spécifique dépendance :	OUI – NON	
- Aide ménagère d'une caisse de retraite :	OUI – NON	
- Aide ménagère de l'aide sociale :	OUI – NON	
- Prestation expérimentale dépendance.	OUI – NON	

Attention : L'allocation personnalisée d'autonomie n'est cumulable ni avec la prestation spécifique dépendance, ni avec l'allocation compensatrice pour tierce personne, ni avec la majoration aide constante d'une tierce personne, ni avec la prestation légale d'aide ménagère.

A.P.A

A T T E S T A T I O N
des relevés de capitaux placés non imposables

Demandeur, conjoint, concubin, pacs.

PRODUITS	CAPITAL ACTUEL	INTERETS PERCUS OU CAPITALISES AU COURS DE L'ANNEE PRECEDENTE
Compte-chèques n°.....		
Livret d'Epargne (A)		
Livret d'Epargne Populaire (L.E.P.)		
C.O.D.E.V.I. n°.....		
Livret ou compte Epargne Logement n°.....		
Epargne assurance vie (si non imposable)		
P.E.P. n°.....		
Bons anonymes.....		
Autres : préciser		

BIENS IMMOBILIERS

☐ oui

☐ non

<u>Nature des biens et adresses</u> Ex : maison, appartement, terrains, terres agricoles....	<u>Usage actuel</u> Ex : <u>occupé</u> par le demandeur, occupé à titre gratuit, location, en fermage ou <u>inoccupé</u>	Montant des revenus procurés par le bien

A compléter par un récapitulatif complémentaire si nécessaire.

Je soussigné.....ou représentant légal, atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus .

*Le.....
Signature.*

COMPLEMENTS EVENTUELS D'INFORMATION



**DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE
A DOMICILE
CERTIFICAT MEDICAL
(à remettre sous pli confidentiel)**

NOM patronymique :

Prénom :

Adresse :

NOM marital :

Date de naissance :

Téléphone :

Coordonnées de la personne à contacter en cas de besoin :

(afin d'organiser au mieux la visite du médecin évaluateur)

DIAGNOSTIC PRINCIPAL MOTIVANT LA DEMANDE: *(histoire et évolution)*

ANTECEDENTS : *(en particulier ayant une incidence sur l'autonomie)*

TRAITEMENT EN COURS : *(préciser le nom des spécialités)*

ETAT GENERAL : (hydratation, état nutritionnel... **Poids** :

Taille :

DEFICIENCES CONSTATEES : (nature, fréquence, évolution, contraintes liées au traitement)

☒ Préciser si appareillage ou aides techniques.

I - Fonctions supérieures et comportement : (nécessité de surveillance, mesure de protection des biens, troubles de la communication...)

II - Appareil locomoteur : (paralysies, amplitudes et déformations articulaires, troubles sensitifs, notion de chutes...)

III - Déficiences sensorielles

➤ Vision

➤ Audition

IV - Fonction cardio-respiratoire (hypotension orthostatique, assistance respiratoire...)

Pression artérielle :

V - Sphères digestive et urinaire : (troubles du comportement alimentaire, de la continence...)

VI - Autres déficiences

NB : joindre au présent certificat les documents et compte-rendus médicaux présentant un intérêt pour l'évaluation de l'état de dépendance.

EVALUATION DE L'AUTONOMIE : grille A.G.G.I.R

Elle permet d'évaluer la perte d'autonomie de la personne âgée à partir du constat des activités effectuées ou non par celle-ci, seule.

Il ne faut pas tenir compte de l'aide apportée par l'entourage ou les soignants.

En revanche, les aides matérielles et techniques sont considérées comme faisant partie de la personne (lunettes, cannes, fauteuil roulant, prothèses...)

A-B-C

1	COHERENCE converser et/ou se comporter de façon logique et sensée	
2	ORIENTATION se repérer dans le temps, les moments de la journée, les lieux	
3	TOILETTE HAUT : visage, tronc, membres supérieurs, mains, rasage, coiffage ----- BAS : membres inférieurs, pieds, régions intimes	-----
4	HABILLAGE - DESAHABILLAGE - PRESENTATION HAUT : vêtements passés par les bras et/ou la tête ----- MOYEN : fermeture des vêtements : boutons, ceinture, bretelles, fermeture Eclair ----- BAS : vêtements passés par le bas du corps, chaussettes, bas, chaussures	----- -----
5	ALIMENTATION SE SERVIR : couper sa viande, peler un fruit, remplir son verre ----- MANGER : porter les aliments à sa bouche et les avaler	-----
6	ELIMINATION URINAIRE : assumer l'hygiène de l'élimination urinaire ----- FÉCALE : assumer l'hygiène de l'élimination fécale	-----
7	TRANSFERTS se lever, se coucher, s'asseoir : passer d'une des trois positions à une autre, dans les deux sens	
8	DEPLACEMENTS INTERIEURS avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant	
9	DEPLACEMENTS EXTERIEURS à partir de l'entrée, sans moyen de transport	
10	POSSIBILITES POUR ALERTER utiliser les moyens de communication en cas de danger	

A = fait seul, spontanément, totalement, habituellement, correctement

⇒ la personne fait bien

B = fait seul, mais non spontanément et/ou non habituellement et /ou partiellement
et/ou non correctement

⇒ la personne fait mal

C = ne fait pas

⇒ il faut "faire à la place" ou "faire faire"

INTERVENANTS ACTUELS *(type de fréquence d'intervention)*

Para-médicaux : *(infirmière libérale ou S.A.D. pour nursing, H.A.D., secteur psy, hôpital de jour, kiné...)*

Sociaux : *(aide-ménagère, employée de maison, repas à domicile, garde à domicile, télé-alarme...).*

CONCLUSIONS - BESOINS EN INTERVENANTS :

A..... le.....

Signature

Cachet et numéro de téléphone du médecin
(indispensable)

Avec l'accord du demandeur, souhaitez-vous assister à la visite du médecin évaluateur à domicile ?

OUI

NON



conseil
général
HAUTE-VIENNE
la solidarité, un choix
Pôle personnes âgées
personnes handicapées
Sous direction des Prestations
aux personnes âgées

Votre interlocuteur :

☎ : 05.55.

Madame, Monsieur,

Comme suite à votre demande, j'ai le plaisir de vous adresser, ci-joint, un dossier d'**A**llocation **P**ersonnalisé d'**A**utonomie (A.P.A.).

Vous voudrez bien le retourner, après l'avoir complété, au Conseil Général, Pôle personnes âgées, personnes handicapées, Sous Direction des Prestations aux personnes âgées, 43 av de la Libération 87031 LIMOGES Cedex .

Mes services se tiennent à votre disposition pour tous renseignements complémentaires.

Je vous prie d'agréer, **Madame, Monsieur**, l'assurance de ma considération distinguée.

Marie-Francoise PEROL-DUMONT
Présidente du Conseil Général

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné (e)

déclare :

☐ percevoir la Majoration pour Tierce Personne

↳ à compter du (joindre justificatif d'attribution)

☐ ne pas percevoir la Majoration pour Tierce Personne.

[pas de cumul possible avec l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), conformément à l'article L 232-23 du code de l'action sociale et des familles (CASF)].

Date :

Signature