



DÉLÉGATION AUTONOMIE ET HANDICAP

dossier de demande d'allocation personnalisée d'autonomie à domicile

CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION
Dossier arrivé au Conseil général le :

DOSSIER FAMILIAL N°

Vous, le demandeur :

Madame Mademoiselle Monsieur

votre nom en lettres capitales

votre prénom

demeurant à :
votre commune de résidence

A - ÉTAT CIVIL

	VOUS (personne concernée par la perte d'autonomie)	VOTRE CONJOINT ou PERSONNE VIVANT MARITALEMENT ou PACS (barrer les mentions inutiles)
NOM (ou nom marital pour les femmes mariées ou veuves)		
NOM de jeune fille		
Prénom		
Date et lieu de naissance		
Nationalité		
Retraité ou en activité		
Situation familiale		
COUVERTURE SOCIALE		
Organisme de Sécurité Sociale		
N° de Sécurité Sociale	□□□□□□□□□□□□□□	□□□□□□□□□□□□□□
RÉGIME DE RETRAITE		
Régime principal		
N° de pension		

B - PERSONNES À CHARGE

NOM – Prénom	Qualité (enfant, ascendant, autre)	Adresse

C - MESURE DE PROTECTION

Faites-vous l'objet d'une mesure de protection Non Oui
Si oui, laquelle ? Sauvegarde de justice Curatelle Tutelle
Nom et adresse du tuteur ou de l'association chargée de la mesure :

Code postal □□□□□ Commune _____

D - ADRESSES

Votre adresse actuelle (préciser l'étage si immeuble) : _____
_____ Numéros de téléphone
où il est possible de vous joindre
□□□□□□□□□□
Code postal □□□□□ Commune _____ □□□□□□□□□□
La date d'arrivée à cette adresse : □□□□□□ □□□□□□□□□□
Êtes-vous Propriétaire Locataire Usufruitier □□□□□□□□□□
 Autre _____

Le cas échéant, s'agit-il (à ne remplir que si vous êtes concerné(e)) :
 d'un foyer-logement d'une résidence-services pour 3^e âge
 du domicile d'un particulier accueillant à titre onéreux dans le cadre de la loi du 10 juillet 1989 relative à l'accueil familial
si oui, date de début d'accueil □□□□□□
Dans ces trois derniers cas, préciser votre précédente adresse :

Code postal □□□□□ Commune _____

ADRESSE ACTUELLE DE VOTRE CONJOINT, SI DIFFÉRENTE DE LA VÔTRE

Code postal □□□□□ Commune _____ Numéro de téléphone
□□□□□□□□□□

E - PERSONNES À CONTACTER pour la visite d'évaluation à domicile

NOM - Prénom	QUALITÉ (enfant, parent, autre)	ADRESSE	Numéro de téléphone
			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

MÉDECIN TRAITANT

NOM	COMMUNE	Numéro de téléphone
		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

F - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOS REVENUS ET VOTRE PATRIMOINE

F1 - RESSOURCES NE FIGURANT PAS DANS L'AVIS D'IMPOSITION OU DE NON-IMPOSITION À L'IMPOT SUR LE REVENU

Avez-vous des revenus soumis au prélèvement libératoire en application de l'article 125 A du code général des impôts ?

Oui Non

Si oui, montant à préciser	MONTANT
Pour vous ▶	
Pour votre conjoint, concubin ou PACS ▶	

F2 - ALLOCATIONS ET AIDES : êtes-vous bénéficiaire de ?

L'allocation compensatrice pour tierce personne	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Montant mensuel ▶	
La majoration pour aide constante d'une tierce personne versée par la sécurité sociale ou une caisse de retraite	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Montant mensuel ▶	
L'allocation personnalisée d'autonomie octroyée par un autre département que les Alpes-Maritimes	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Montant mensuel ▶	
L'aide ménagère servie par votre caisse de retraite	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nombre d'heures mensuelles ▶	

ATTENTION ! CES AIDES NE SONT PAS CUMULABLES AVEC L'APA

F3 - PATRIMOINE NON DECLARÉ SUR L'AVIS D'IMPOSITION (biens ou capitaux ni exploités ni placés)

BIENS IMMOBILIERS (à l'exception de la résidence principale lorsqu'elle est occupée par le demandeur, son conjoint, son concubin ou PACS, ses enfants ou petits enfants)	BIENS MOBILIERS et ÉPARGNE (biens de valeur non placés, à l'exception du compte courant)		
Nature et adresse	LIVRETS et COMPTES		CAPITAL PLACÉ
	Numéros	Montant	ACTIONS (A)
			Montant ▶ <input style="width: 80px;" type="text"/>
			OBLIGATIONS (B)
			Montant ▶ <input style="width: 80px;" type="text"/>
	Total ▶		Total A+B ▶

DISPOSITIONS RÉGLEMENTAIRES

« INFORMATIQUE ET LIBERTÉS »

Les informations recueillies dans le formulaire APA font l'objet d'un traitement informatique destiné à traiter votre demande d'allocation personnalisée d'autonomie. Toutes les réponses aux différents questionnaires sont obligatoires. Un défaut de réponse entraînera des retards ou une impossibilité dans l'instruction du dossier.

Les destinataires des données sont Conseil Général des Alpes-Maritimes, les administrations et organismes habilités à prendre connaissance des dossiers d'aide à domicile.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au Correspondant Informatique et liberté du Conseil Général des Alpes-Maritimes, BP 3007 06201 Nice cedex 3.

RÉCUPÉRATION

L'APA ne fait l'objet d'aucun recours en récupération sur succession, donation ou legs (article L 232.19).

VÉRIFICATION DES DÉCLARATIONS

Pour vérifier les déclarations des intéressés et s'assurer de l'effectivité de l'aide qu'ils reçoivent, les services chargés de l'évaluation des droits à l'allocation personnalisée d'autonomie et du contrôle de son utilisation 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 (L 232.16).

FRAUDE ET FAUSSES DÉCLARATIONS

Toute fraude, fausse déclaration ou falsification de document, tentative de percevoir frauduleusement des prestations au titre de l'aide sociale, expose à des sanctions pénales et financières prévues par les articles L 433.19, L 441.7, L 313.1, L 313.3, L 313.7 et L 313.8 du code pénal (article L 133.6 du code de l'action sociale et des familles).

La décision relative à votre demande d'allocation personnalisée d'autonomie pourra éventuellement être transmise à votre caisse de retraite afin de faciliter la prise en charge de votre maintien à domicile.

Je soussigné(e), agissant en mon nom propre ou en qualité de représentant légal du demandeur, certifie avoir pris connaissance des dispositions réglementaires concernant l'APA, et certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements déclarés sur la présente demande.

Demande déposée le :

**Signature du demandeur
ou de son représentant légal :**



**CONSEIL GÉNÉRAL
ALPES - MARITIMES**

**DÉLÉGATION DU PILOTAGE DES POLITIQUES
DE L'AUTONOMIE ET DU HANDICAP**

**SERVICE DES POLITIQUES DE L'AUTONOMIE
DES PERSONNES ÂGÉES**

**SECTEUR DE L'APA À DOMICILE
B.P. 3007 - 06201 NICE CEDEX 3**

À lire attentivement avant de remplir votre dossier

Vous sollicitez une Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) à domicile. Afin que votre demande puisse être instruite dans les meilleurs délais par le Conseil général, veuillez prendre connaissance des précisions et conseils suivants.

I - Le terme « demandeur » est la personne concernée par la perte d'autonomie.

II - Dans les cas de demande pour les deux membres du couple, remplissez deux dossiers.

III - Liste des pièces à fournir impérativement.

Toute demande d'APA doit être accompagnée de la photocopie des documents suivants :

1. Si vous êtes français(e) ou assimilé(e)
Livret de famille ou carte nationale d'identité ou extrait de naissance ou passeport de l' U.E

2. Si vous êtes étranger (hors UE)
Carte de résident (en cours de validité) ou titre de séjour (en cours de validité).

3. Avis d'imposition ou de non-imposition
Pour une demande déposée :
• entre janvier et août (2013, par exemple) : joindre l'avis d'imposition ou de non-imposition reçu en 2012 (par ex.) qui porte sur les revenus 2011 (par ex.) ;
• de septembre à décembre (2013, par exemple) : joindre l'avis d'imposition reçu en 2013 (par ex.) qui porte sur les revenus 2012 (par ex.).

Attention ! Dans les cas de vie maritale (concubinage), fournir les avis des deux membres du foyer.

4. Si vous êtes propriétaire d'un ou plusieurs biens immobiliers autres que votre résidence principale
Dernier relevé de la taxe foncière sur les propriétés bâties et sur les propriétés non bâties.

5. Relevé d'identité bancaire (RIB) ou postal (RIP).

6. Si vous faites l'objet d'une mesure de protection judiciaire (tutelle, curatelle, sauvegarde de justice)
Jugement.

IV - Autres pièces nécessaires

1. Le certificat médical ci-joint dûment complété, daté et signé par votre médecin traitant (dans une enveloppe « Pli médical confidentiel » cachetée).

2. Photocopie de l'attestation de droits à la sécurité sociale.

3. Photocopie du dernier relevé annuel de pension (régime principal).

V - Conseils utiles pour faciliter l'ouverture éventuelle de vos droits à l'APA :

Pour pouvoir être instruite, votre demande doit être complète, c'est-à-dire :

- toutes les rubriques qui composent le dossier ci-joint doivent être remplies et complétées ;
 - si vous n'êtes pas concerné(e) par certaines rubriques (notamment les rubriques B, C, E et F), mettez la mention « néant » dans chaque case ;
 - n'oubliez pas de dater et signer votre demande.
- Enfin, si vous rencontrez des difficultés lors de la constitution de votre demande, vous pouvez contacter le service chargé de la réception des demandes d'APA au numéro de téléphone suivant :

• 04 97 18 78 31

Avant de nous transmettre votre dossier avez-vous vérifié :

- Que toutes les zones ont été correctement remplies ?
- Que toutes les pièces justificatives ont été jointes ?
- Que vous avez daté et signé votre demande ?

Tout dossier incomplet et/ou mal rempli vous sera retourné.



L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) est une prestation en **faveur** des personnes âgées en **perte d'autonomie**, gérée par le Conseil général.

Elle remplace depuis le 1^{er} janvier 2002, la prestation spécifique dépendance (PSD).

Elle instaure un droit pour les personnes âgées qui ont **besoin d'aide** pour le maintien de leur autonomie.

Point **INFO** :

- Tél. 04 97 18 78 31

DÉLÉGATION DU PILOTAGE DES POLITIQUES DE L'AUTONOMIE ET DU HANDICAP

B.P. 3007 - 06201 NICE CEDEX 3
TÉL. : 04 97 18 78 31 - FAX : 04 97 18 79 32
www.cgo6.fr



CONSEIL GÉNÉRAL ALPES - M A R I T I M E S

DELEGATION AUTONOMIE ET HANDICAP

CERTIFICAT MEDICAL

ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE

Nom Prénom :

Date de naissance :

Adresse : N° Rue.....

Code Postal Commune

Votre patient va bénéficier d'une évaluation gériatrique à domicile dans le cadre de l'instruction de la demande d'APA. Suite à cette visite, il sera destinataire d'une proposition de plan d'aide personnalisé.

Au cours de la procédure, avec l'accord de votre patient, le médecin du centre de prévention médicale en charge du dossier pourra, le cas échéant prendre contact avec vous.

A remettre à votre patient et à joindre au dossier de demande d'APA

A transmettre sous enveloppe cachetée avec la mention « CONFIDENTIEL – SECRET MEDICAL » au Docteur DALFIN chef du service des Politiques de l'Autonomie des Personnes Âgées

Antécédents notables

Troubles sensoriels (pathologies, appareillages...)

Pathologies nécessitant suivi et /ou traitement. Répercussions sur les actes de la vie courante

Aides en place

■ **Soins infirmiers** (infirmier SSIAD HAD)

Fréquence et nature des soins

■ **Autres** (kinésithérapie, suivi psychiatrique, accueil de jour Alzheimer, hôpital de jour...)

Fréquence et nature des soins

■ **Aides à la personne** (Structure maintien à domicile Emploi direct)

Fréquence et nature de l'aide

■ **Aides techniques** (prothèse, cannes, déambulateur, fauteuil roulant, lit médicalisé, lève-malade, rehausse WC, protections à usage unique...)

Traitements en cours

A : fait seul spontanément et totalement et habituellement et correctement
B : fait non spontanément sur ordre et /ou partiellement et /ou non habituellement et /ou non correctement
C : la personne ne fait jamais l'activité seule même partiellement et même difficilement. Il faut faire l'activité à la place de la personne ou « faire-faire » ou « refaire », en totalité et à chaque fois

Décret n°2008-821 du 21 août 2008 relatif au guide de remplissage de la grille nationale AGGIR		Ne fait pas*	Spontanément	Totalement	Correctement	Habituellement	A/B/C	A/B/C
1- Transferts		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2- Déplacements intérieurs		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3- Toilette	haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4- Élimination	urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	fécale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5- Habillage	haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	moyen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6- Cuisine		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
7- Alimentation	se servir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
8- Suivi du traitement		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
9- Ménage		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
10- Alerter		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
11- Déplacements extérieurs		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
12- Transports		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
13- Activités temps libre		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
14- Achats		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
15- Gestion		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
16- Orientation	dans le temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	dans l'espace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
17- Cohérence	communication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	comportement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

- Assurer ses transferts : se lever, se coucher, s'asseoir. Passer de l'une de ces trois positions à une autre, dans les deux sens.
- Se déplacer à l'intérieur du lieu de vie.
- Assurer son hygiène corporelle. Se décompose en deux parties : toilette des parties hautes et des parties basses du corps.
- Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale (deux sous-variables à renseigner).
- Cette variable porte sur l'habillage, le déshabillage et la présentation. Trois sous-variables nécessitant des capacités motrices et fonctionnelles sensiblement différentes.
- Préparer les repas et les conditionner pour qu'ils puissent être servis.
- Cette variable concerne deux activités : « se servir », couper la viande, ouvrir un pot de yaourt, peler un fruit, remplir son verre..., « manger », porter les aliments et les boissons à sa bouche et avaler.
- Respecter l'ordonnance du médecin et gérer soi-même son traitement.
- Effectuer l'ensemble des travaux ménagers courants.
- Utiliser un moyen de communication à distance : téléphone, alarme, sonnette, téléalarme... dans le but d'alerter en cas de besoin.
- Se déplacer à l'extérieur.
- Utiliser volontairement un moyen de transport collectif ou individuel.
- Pratiquer volontairement, seul ou en groupe, diverses activités qui créent des événements rompant la monotonie du quotidien.
- Acquérir volontairement des biens, de manière directe ou par correspondance.
- Trois types d'activités : -gérer ses affaires, son budget et ses biens, -reconnaître la valeur monétaire des pièces et des billets, se servir de l'argent et connaître la valeur des choses, - effectuer les démarches administratives, remplir les formulaires.
- Se repérer dans l'espace et dans le temps (deux sous-variables distinctes)
- La cohérence se décompose en deux sous-variables analysant différentes fonctions :
 « communication » évaluée si la personne a un système de communication fiable et suffisamment complexe pour communiquer dans la vie quotidienne avec autrui.
 « Comportement » évaluée si la personne sait vivre parmi les autres et/ou assumer sa solitude, si elle réagit de façon adaptée devant une situation dangereuse pour elle-même ou pour les autres et si elle ajuste ses réactions aux lois et aux conventions sociales de courtoisie habituelle dans notre société.

Spontanément : sans stimulation, sans incitation
Totalement : ensemble des activités du champ analysé, réalisé
Habituellement : temps et fréquence de réalisation
Correctement : qualité de réalisation, conformité aux usages, sécurité vis-à-vis de soi et des autres

A transmettre sous enveloppe cachetée avec la mention CONFIDENTIEL – SECRET MEDICAL

Risque de dénutrition

Risque de déshydratation

Facteurs de fragilité et/ou de risque

Avis sur les aides à mettre en place (interventions humaines et/ou techniques complémentaires) :

.....
Date :

Cachet du médecin :

Signature :

Téléphone du cabinet :

Mail :

Portable :

Fax :

***A transmettre sous enveloppe cachetée avec la mention CONFIDENTIEL – SECRET
MEDICAL***