

## DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE À DOMICILE (APA)

NOM : ..... PRÉNOM : .....

COMMUNE : .....

La demande est sollicitée pour :  Monsieur  Madame  Le couple

Je soussigné(e) le demandeur : .....

ou le représentant. .... agissant en qualité de :

déclare avoir joint à cette demande les pièces obligatoires ci-dessous :

- Une photocopie du justificatif d'identité du demandeur et du conjoint le cas échéant (carte nationale d'identité, passeport ou livret de famille) ou pour les ressortissants hors union européenne, le titre de séjour EN COURS DE VALIDITÉ.
- La photocopie recto-verso de mon avis d'imposition ou de non imposition à l'impôt sur le revenu, et, le cas échéant, de mon conjoint, mon concubin ou de la personne avec laquelle j'ai conclu un pacte civil de solidarité (PACS).
- La photocopie intégrale des derniers relevés des taxes foncières sur mes propriétés bâties et sur mes propriétés non-bâties, et, le cas échéant, ceux de mon conjoint, de mon concubin ou de la personne avec laquelle j'ai conclu un pacte civil de solidarité (PACS).
- Un relevé personnel d'identité bancaire ou postal (original obligatoire) : pour les comptes joints, le prénom de la personne désirant bénéficier de l'APA doit être mentionné, et en cas de mesure de protection, le RIB doit mentionner la mesure.
- Le certificat médical APA (facultatif)

**Souhaite l'attribution de la carte mobilité inclusion :**

d'invalidité  de priorité  de stationnement

M'engage à signaler toute modification dans ma situation.

Autorise le Département du Var à transmettre mon dossier aux caisses de retraite en cas de rejet de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie.

Certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant dans ce dossier de demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie.

Atteste avoir pris connaissance des sanctions prévues par l'article 22 de la loi n°68690 du 31 juillet 1968 en cas de fausses déclarations. Toute fraude ou fausse déclaration entraîne des poursuites judiciaires, l'application des peines prévues par l'article 405 du code pénal et le recouvrement des prestations indûment perçues.

Fait à ..... le .....

Signature :

**Ce dossier est à déposer impérativement  
au CCA5 du lieu de domicile du demandeur**

N° dossier : .....

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE FOYER DU DEMANDEUR**

	LE DEMANDEUR	LE CONJOINT, CONCUBIN, OU PACS
<b>NOM DE NAISSANCE</b>		
<b>NOM MARITAL</b>		
<b>PRÉNOMS</b>		
<b>DATE ET LIEU DE NAISSANCE</b>		
<b>N° DE SÉCURITÉ SOCIALE</b>		
<b>SITUATION DE FAMILLE</b> <i>marié(e), célibataire, veuf(ve), divorcé(e), concubin(e), pacsé(e). En cas de changement récent, préciser la date.</i>		
<b>EN ACTIVITÉ OU SI RETRAITÉ :</b> <i>préciser la caisse de retraite principale</i>		

**LIEU DE RÉSIDENCE ACTUELLE DU DEMANDEUR :**

Préciser s'il s'agit :

- du domicile, en tant que
- locataire  propriétaire  usufruitier  hébergé(e) par .....
- de l'accueil par un particulier à domicile et à titre onéreux dans le cadre de la loi du 10 juillet 1989 (préciser la date de début de l'accueil) .....
- d'une résidence Autonomie : préciser la date d'entrée .....

Adresse : n° ..... rue .....

Bâtiment, étage, code d'accès éventuel : .....

Code postal ..... Ville .....

Tél. (Obligatoire) ..... Mél : .....

Adresse précédente (avec date d'arrivée et date de départ) : .....

..... du ..... BU .....

• Préciser le lieu de résidence actuel du conjoint s'il est différent de celui du demandeur .....

• **COORDONNÉES DE LA PERSONNE RÉFÉRENTE À CONTACTER POUR LA VISITE D'ÉVALUATION À DOMICILE OU EN CAS D'URGENCE (ENFANT, PARENT, AUTRE...) ADRESSE ET NUMÉRO DE TÉLÉPHONE ET ADRESSE MÉL.**

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PROCHES AIDANTS DU DEMANDEUR

Le proche aidant d'une personne âgée en perte d'autonomie peut être le conjoint, le partenaire avec qui la personne a conclu un pacte civil de solidarité ou son concubin, un parent, un allié ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables qui apporte son aide pour une partie ou la totalité des actes de la vie quotidienne de manière régulière et à titre **non professionnel**.

Nom et prénom de l'aidant : .....

Lien de parenté ou autre : .....

Adresse : .....

Numéro de téléphone (obligatoire) : .....

Adresse mél : .....

Nature de l'aide apportée (Ex : courses, accompagnement pour les déplacements extérieurs)	Durée et périodicité approximatives de cette aide pour une journée, une semaine ou un mois (selon ce qui vous paraît le plus pertinent)
.....	.....
.....	.....

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES REVENUS ET LE PATRIMOINE DU DEMANDEUR ET DE SON CONJOINT

**DÉCLARATION DES RESSOURCES NE FIGURANT PAS SUR L'AVIS D'IMPOSITION OU DE NON IMPOSITION SUR LE REVENU :**  
Revenus soumis aux prélèvements libératoires en application de l'article 125 A du code général des impôts. Si néant le préciser.

DEMANDEUR	CONJOINT, CONCUBIN, PACS
.....	.....

**BIENS IMMOBILIERS :**  
Nature, adresse, et valeur locative apparaissant dans le dernier relevé de la taxe foncière sur les propriétés bâties et non bâties. Si néant le préciser.

DEMANDEUR	CONJOINT, CONCUBIN, PACS
.....	.....

**BIENS MOBILIERS ET CAPITALS NON PLACÉS (dont assurance vie) :**  
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. Si néant le préciser.

DEMANDEUR	CONJOINT, CONCUBIN, PACS
.....	.....

**AIDES DONT VOUS BÉNÉFICIEZ ACTUELLEMENT  
(OU VOTRE CONJOINT, CONCUBIN, PACS)**

Attention, le demandeur ne peut en aucun cas cumuler cette aide avec l'APA

- Aide ménagère servie par :
  - aide sociale départementale
  - caisse de retraite
- Allocation compensatrice tierce personne
- Prestation de compensation du handicap
- Majoration pour aide constante d'une tierce personne (MTP)
- Prestation complémentaire pour recours à tierce personne

**FAITES-VOUS L'OBJET D'UNE MESURE DE :**

- Tutelle
- Curatelle
- Mesure d'accompagnement sociale
- Sauvegarde de justice

Nom et adresse du tuteur ou de l'association chargée de la gestion des biens (JOINDRE UNE COPIE DU JUGEMENT) :

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

**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 libertés individuels.

Conformément à l'article 27 du code pénal 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 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, il convient de vous adresser selon la prestation dont vous bénéficiez, en justifiant de votre identité, à :

**DIRECTION DE L'AUTONOMIE**  
Direction Adjointe des Prestations d'Autonomie  
412, rue Jean Aicard  
83015 Draguignan cedex • Tél. 04 83 95 30 00

**Dossier transmis par :**

**le :** **cachet de l'organisme**



LE DÉPARTEMENT

DÉLÉGATION GÉNÉRALE AUX SOLIDARITÉS

DIRECTION DE L'AUTONOMIE

## ALLOCATION PERSONNALISEE d'AUTONOMIE

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Date de naissance : ..... N° Dossier : .....

## CERTIFICAT MEDICAL

à transmettre sous pli cacheté

La mise place de l'allocation personnalisée à l'autonomie pour les personnes âgées de plus de 60 ans nécessite une évaluation du degré de perte d'autonomie, et l'élaboration du plan d'aide (loi n° 2001/647 du 20 juillet 2001, décret d'application n° 2001-1084 du 20 novembre 2001).

A ce titre, votre collaboration étant souhaitable, vous voudrez bien remettre à votre patient, sous pli confidentiel ce certificat médical.

Il sera remis au médecin de l'équipe médico-sociale chargé de l'évaluation.

Nous vous en remercions.

**IDENTIFICATION DU DEMANDEUR**

NOM : ..... NOM DE JEUNE FILLE : .....  
PRENOM : ..... DATE DE NAISSANCE : [ ] [ ] [ ] [ ]  
ADRESSE : .....  
N° Tel : .....

**IDENTIFICATION du MEDECIN HABITUEL**

Nom : .....  
Adresse : .....  
N° Tel : .....

**PATHOLOGIES SUSCEPTIBLES d'INFLUER SUR LA DEPENDANCE**

Telles que déficiences intellectuelles, psychiques, sensorielles, orthopédiques, neurologiques, des fonctions d'élimination :  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**PATHOLOGIES AUTRES**

Telles que diabète, cardiopathie, néoplasie :  
.....  
.....  
.....  
.....

**TRAITEMENT**

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

**SOINS INFIRMIERS**

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

**SOINS DE KINESITHERAPIE**

.....  
.....

**APTITUDE A VIVRE SEUL**

A : fait assez aisément    B : fait péniblement    C : ne peut pas faire

Préparer ses repas

S'approvisionner par ses propres moyens

Effectuer les petits travaux ménagers

Effectuer les gros travaux ménagers

Prendre un moyen de transport

Avoir des loisirs à l'extérieur

Suivre son traitement

Gérer ses affaires, son budget

**VOS SUGGESTIONS DE BESOINS D'AIDES POUR LES ACTES ESSENTIELS DE LA VIE OU SURVEILLANCE**

Aides Humaines :

Aide ménagère     garde à domicile de jour     de nuit     dépannage

Aides matérielles :

Aménagement du logement pour l'accessibilité     portage de repas     téléalarme

Hébergement :

Accueil de jour     ou à temps complet

En famille d'accueil     en établissement

Autres propositions pour le plan d'aides : .....

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

A ....., le .....  
Signature du médecin (cachet)

**AUTONOMIE GERONTOLOGIQUE GROUPE ISO RESSOURCES ( Grille nationale A.G.G.I.R.)**

A : fait seul  
 totalement  
 spontanément  
 habituellement  
 correctement : bien

B : fait seul  
 soit partiellement  
 soit sur ordre : simple rappel  
 soit non habituellement  
 soit non correctement : mal

C : ne fait pas  
 - soit pas du tout : Il faut FAIRE à sa place.  
 - soit si une préparation, des ordres répétés, des explications, des vérifications, accompagnement de l'activité :  
 il faut FAIRE FAIRE.  
 Dans toutes ces circonstances la personne NE FAIT PAS.

COHERENCE :	A : propos ou conduite logiques et sensés	<input type="checkbox"/>
	B : troubles légers (prétend à tort qu'on l'a volé), stimulation.	<input type="checkbox"/>
	C : confusion, incohérence (prend sa fille pour sa mère) .	<input type="checkbox"/>
ORIENTATION :	A : se repère correctement dans le temps, les moments de la journée et les lieux	<input type="checkbox"/>
	B : désorientation épisodique ou avis divergent de l'entourage	<input type="checkbox"/>
	C : perte des repères (la personne se trompe toujours de chambre)	<input type="checkbox"/>
TOILETTE :	A : assume seul , spontanément et correctement son hygiène corporelle	<input type="checkbox"/>
	B : aide partielle à la réalisation, incitation régulière, préparation des affaires de toilette	<input type="checkbox"/>
	C : assistance complète (la toilette n'est jamais effectuée seule)	<input type="checkbox"/>
HABILLAGE :	A : s'habille, se déshabille, met un appareillage, sans ou presque sans aide	<input type="checkbox"/>
	B : doit être aidé ou stimulé (si la personne réutilise des vêtements sales)	<input type="checkbox"/>
	C : ne s'habille pas, se trompe systématiquement, inadapté à la météo	<input type="checkbox"/>
ALIMENTATION :	A : découpe et mange sans aide les aliments préparés, se sert à boire.	<input type="checkbox"/>
	B : aide limitée (couper les aliments), renverse sur la table les aliments	<input type="checkbox"/>
	C : ne mange pas ou ne boit pas seule	<input type="checkbox"/>
ELIMINATION :	A : assume seul l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale (poche, protection)	<input type="checkbox"/>
	B : aide légère, incitation intermittente, changes parfois incorrects	<input type="checkbox"/>
	C : aide totale ou incontinence ou toujours incité "continent conduit"	<input type="checkbox"/>
TRANSFERTS	A : se lève, se couche, s'assoit, seul ou sans aide	<input type="checkbox"/>
	B : assure seul le coucher mais pas le lever ou que le transfert latéral mais pas le coucher	<input type="checkbox"/>
	C : les changements de position dans les 2 sens sont impossibles	<input type="checkbox"/>
DEPLACEMENTS Intérieurs :	A : seul, avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant	<input type="checkbox"/>
	B : aide occasionnelle ou partielle (ne se déplace que dans sa chambre)	<input type="checkbox"/>
	C : aide totale	<input type="checkbox"/>
DEPLACEMENTS Extérieurs :	A : sort seul à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport	<input type="checkbox"/>
	B : doit être aidé, stimulé ou sort rarement à l'extérieur	<input type="checkbox"/>
	C : ne sort pas seul spontanément à l'extérieur	<input type="checkbox"/>
COMMUNICATION à distance :	A : peut utiliser seul les différents systèmes mis à dispo : Tel, sonnette	<input type="checkbox"/>
	B : utilisation inappropriée	<input type="checkbox"/>
	C : ne sait pas ou ne peut pas appeler	<input type="checkbox"/>