

Numéro de Dossier :

APA à Domicile

(y compris Résidence autonomie, et Logement Foyer)

APA en Etablissement

1^{ère} demande

Révision

Nouvelle demande après refus

ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE (pour une personne âgée de 60 ans et plus)

NOM du demandeur :

Prénoms :

Adresse :

Téléphone :

Courriel :

Coordonnées de la personne référente à contacter pour rendez-vous au domicile (si nécessaire)

NOM :

Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Courriel :

Qualité : Enfant
 Conjoint
 Parent
 Représentant légal
 Autre

Souhaite être présent lors de la
visite d'évaluation

Coordonnées du médecin traitant

NOM :

Adresse :

Téléphone :

Ce document doit être rempli avec le plus grand soin.

Toutes les rubriques doivent être complétées.

Fournir tous les documents et justificatifs (photocopies) indiqués dans la liste figurant sur le feuillet 1

CETTE DEMANDE NE POURRA ETRE TRAITÉE QUE SI LE DOSSIER EST COMPLET

	DEMANDEUR	CONJOINT(E), CONCUBIN(E) OU PACSÉ(E)
NOM d'usage pour les femmes		
NOM de famille (nom de naissance)		
PRÉNOMS		
DATE ET LIEU DE NAISSANCE		
SEXE	<input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin	
NATIONALITÉ	<input type="checkbox"/> France <input type="checkbox"/> Union Européenne <input type="checkbox"/> Autre (à préciser) _____	<input type="checkbox"/> France <input type="checkbox"/> Union Européenne <input type="checkbox"/> Autre (à préciser) _____
SITUATION DE FAMILLE	<input type="checkbox"/> marié <input type="checkbox"/> pacsé <input type="checkbox"/> concubin <input type="checkbox"/> divorcé <input type="checkbox"/> veuf <input type="checkbox"/> célibataire	
PROTECTION ADMINISTRATIVE OU JURIDIQUE *	<input type="checkbox"/> sauvegarde de justice <input type="checkbox"/> curatelle <input type="checkbox"/> tutelle <input type="checkbox"/> habilitation familiale <input type="checkbox"/> mandat de protection future	<input type="checkbox"/> sauvegarde de justice <input type="checkbox"/> curatelle <input type="checkbox"/> tutelle <input type="checkbox"/> habilitation familiale <input type="checkbox"/> mandat de protection future
CAISSE DE RETRAITE PRINCIPALE		
N° DE SECURITE SOCIALE		

* Le cas échéant : précisez le Nom et l'adresse du représentant légal sur la 1ère page (coordonnées de la personne référente).

DEMANDEUR	CONJOINT(E), CONCUBIN(E) OU PACSÉ(E)
Adresse : _____	Adresse (si différente du demandeur) : _____
<input type="checkbox"/> domicile personnel Est-il locataire ? OUI – NON Est-il propriétaire ? OUI - NON <input type="checkbox"/> résidence autonomie ou logement-foyer <input type="checkbox"/> établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (ou maison de retraite) <input type="checkbox"/> au domicile d'un accueillant familial à titre onéreux <input type="checkbox"/> d'une résidence service ou autre structure collective <input type="checkbox"/> autre (à préciser : _____)	

Adresses précédentes du demandeur (Autres qu'une résidence autonomie (ou logement-foyer) ou une maison de retraite) - (OBLIGATOIRE : pour déterminer le Département compétent) :

Du au : Adresse :

Du au : Adresse :

Du au : Adresse :

VOTRE DEMANDE

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Le demandeur est-il bénéficiaire :

- D'une majoration pour aide constante d'une tierce personne (MTP) ou Pension d'invalidité 3^{ème} catégorie ?
 OUI NON Précisez date ouverture du droit :
- D'une prestation complémentaire pour recours à tierce personne (PC RTP) ?
 OUI NON Précisez date ouverture du droit :
- D'une allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) ?
 OUI NON
- D'une prestation de compensation du handicap (PCH) ?
 OUI NON
- D'une aide-ménagère prise en charge par :
 - Le Département de Maine & Loire : OUI NON
 - Votre caisse de retraite : OUI NON
 - Une caisse complémentaire : OUI NON
 - Autre (mutuelle, assurance) : OUI NON Précisez l'organisme :

ATTENTION : Aucune de ces prestations n'est cumulable avec l'Allocation Personnalisée d'Autonomie

PATRIMOINE DU FOYER

Indiquer « Néant » si aucun BIEN IMMOBILIER

I - ADRESSE DE TOUS LES BIENS IMMOBILIERS	
Joindre une copie de la taxe foncière propriétés bâties ou non (demandeur, son conjoint, concubin, pacsé)	Préciser si le bien est loué ou non

Indiquer « Néant » si aucun CONTRAT D'ASSURANCE-VIE

II - MONTANT DES CONTRATS D'ASSURANCE-VIE	
Joindre une copie du relevé annuel d'information bancaire et assurantiel (demandeur, son conjoint, concubin, pacsé)	Préciser le montant de chaque contrat

DEMANDE D'UNE CARTE MOBILITE INCLUSION (CMI)

Souhaitez-vous bénéficier d'une CMI avec mention priorité ou invalidité ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Souhaitez-vous bénéficier d'une CMI avec mention stationnement ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PROCHES AIDANTS DU DEMANDEUR (FACULTATIF)

Ce volet du dossier de demande vise à apporter les premières informations sur les personnes de votre famille, de votre entourage amical ou de voisinage qui vous apportent une aide dans la vie quotidienne qu'on dénommera « aidants » dans ce qui suit. Son remplissage est facultatif.

A – RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

	AIDANT 1	AIDANT 2	AIDANT 3
NOM D'USAGE (POUR LES FEMMES)			
NOM DE FAMILLE (NOM DE NAISSANCE)			
PRENOM			
DATE DE NAISSANCE			
LIEU DE RESIDENCE			
TELEPHONE			
NATURE DU LIEN AVEC LE DEMANDEUR DE L'APA			

B – NATURE DE L'AIDE APPORTEE AU DEMANDEUR DE L'APA

Par exemple : accompagnement dans les déplacements à l'extérieur de votre domicile, courses... accompagnement dans les actes de la vie quotidienne (toilette, habillage, alimentation...)

	AIDANT 1	AIDANT 2	AIDANT 3
NATURE DE L'AIDE			
DUREE ET PERIODICITE DE L'AIDE APPORTEE			

C – PERSONNES POUVANT APPORTER UN RELAIS A L'AIDANT

D - EXPRESSION DE VOS BESOINS

ENGAGEMENT DE LA DEMANDE

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 qui sont fournis dans le cadre d'une demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie ;

- autorise, le cas échéant, la transmission par le Président du Conseil Départemental, des éléments utiles du dossier aux institutions compétentes (Caisses de retraites, etc...).

Fait à : Signature **du demandeur** (ou représentant légal),

le : / /

^(?) rayer la mention inutile

CERTIFICAT MEDICAL CONFIDENTIEL

Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)

A L'ATTENTION DU MEDECIN
DU SERVICE MEDICAL

DOSSIER N°

Première demande
Nouvelle demande après refus
Révision

ETAT CIVIL

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

LIEU DE VIE

❖ l'environnement humain, la personne vit-elle :

A DOMICILE, préciser le type d'habitat

- ↳ en pavillon
↳ en appartement
↳ en résidence autonomie
(ex logement-foyer)
↳ en résidence avec services
↳ autre, préciser

CHEZ SES ENFANTS

EN FAMILLE D'ACCUEIL

AUTRE, préciser

SEULE Oui Non

→ confinée Oui Non

EN COUPLE Oui Non

→ conjoint valide ? Oui Non

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

1 - ENTREE DANS LA DEPENDANCE

- Evénement brutal récent : (à quelle date et de quel type)
- Polypathologie : (préciser les différentes affections et leur chronologie)
- Sénescence « physiologique » : (préciser les principaux déficits)

2 - AUTRES ANTECEDENTS MEDICO-CHIRURGICAUX AYANT DES CONSEQUENCES SUR L'AUTONOMIE

3 - ETAT ACTUEL

❖ Etat général	taille :	poids :		
⇒ perte de poids récente			oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
⇒ anorexie			oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
⇒ état cutané : escarres ?			oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
	plaies chroniques ?		oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

❖ **Fonctions supérieures**

⇒ syndrome dépressif		oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
⇒ troubles de la mémoire		oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
⇒ désorientation temporo-spatiale		oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
⇒ troubles du comportement		oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
si oui, de quel type ?.....			
⇒ troubles du langage		oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
⇒ troubles praxiques		oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
⇒ fugues		oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
⇒ troubles du sommeil		oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
⇒ un MMS a-t-il été effectué ? si oui score : /30	date :		

❖ **Fonctions locomotrices**

⇒ troubles de l'équilibre		oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
la station unipodale (5 s) est-elle possible ?		oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
⇒ déplacements à l'intérieur			
préciser :			
- marche sans aide technique			<input type="checkbox"/>
- marche avec une aide technique (<i>canne, déambulateur...</i>)			<input type="checkbox"/>
- marche avec l'aide d'une tierce personne			<input type="checkbox"/>
- ne marche pas			<input type="checkbox"/>
- ne marche pas, mais est capable de manipuler seul son fauteuil roulant			<input type="checkbox"/>
⇒ déplacements à l'extérieur			
- Périmètre de marche avant pause (indispensable)			
- Marche avec une aide technique	non <input type="checkbox"/>	si oui : parfois <input type="checkbox"/>	toujours <input type="checkbox"/>
- Marche avec l'aide d'une tierce personne du fait :			
• De troubles cognitifs	oui <input type="checkbox"/>		non <input type="checkbox"/>
• D'une cécité	oui <input type="checkbox"/>		non <input type="checkbox"/>
⇒ Chutes		oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
si oui, - fréquence			
- la personne peut-elle se relever seule ?		oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

❖ **Sphincters**

⇒ incontinence urinaire		oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
si oui : diurne <input type="checkbox"/>			
nocturne <input type="checkbox"/>			
⇒ incontinence anale		oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

❖ **Autres pathologies non citées en 1 et 2, mais susceptibles d'avoir un impact sur l'autonomie**

⇒ organes des sens (acuité visuelle et auditive)

Si handicap visuel, joindre le bilan ophtalmologique précisant l'acuité visuelle corrigée

⇒ pathologies rhumatologiques (membres supérieurs, rachis...)

⇒ pathologies cardiaques et respiratoires

La personne a-t-elle besoin d'oxygénothérapie pour ses déplacements oui non

⇒ pathologies neurologiques et psychiatriques

⇒ endocrinopathies, maladies de système, hémopathies...

❖ **Traitement actuel :**

4 - **PRONOSTIC** évolutif à moyen terme

stabilisation

amélioration

aggravation

5 - **COMMENTAIRES**

(ce questionnaire étant volontairement standardisé, indiquez tout élément supplémentaire vous paraissant important)

GRILLE NATIONALE AGGIR

A - fait seul, spontanément, correctement, totalement, habituellement
 B - fait seul, mais après stimulation, ou mal, ou partiellement, ou à mauvais escient
 C - ne fait pas : - il faut faire à la place
 - ou il faut « faire-faire »

		A, B ou C
TRANSFERTS : se lever, se coucher, s'asseoir		
DEPLACEMENTS A L'INTERIEUR : avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant		
TOILETTE : assurer son hygiène corporelle du :	HAUT du corps	
	BAS du corps	
ELIMINATIONS : assurer l'hygiène de l'élimination	URINAIRE	
	FECALE	
HABILLAGE : s'habiller, se déshabiller, se présenter	HAUT	
	MOYEN	
	BAS	
ALIMENTATION :	SE SERVIR	
	MANGER (porter les aliments et boissons à la bouche)	
ALERTER : utiliser les moyens à communication (téléphone, téléalarme, alarme, sonnette)		
DEPLACEMENTS A L'EXTERIEUR : en dehors de son lieu de vie		
ORIENTATION :	LE TEMPS	
	L'ESPACE	
COHERENCE :	COMMUNICATION verbale et/ou non verbale	
	COMPORTEMENT agir de façon logique et sensée	

Certificat établi le :

, par le Docteur (cachet et signature)

A RETOURNER A :
DÉPARTEMENT DE MAINE-ET-LOIRE
MAISON DÉPARTEMENTALE DE L'AUTONOMIE
SERVICE MEDICAL
CS 94104 - 49941 ANGERS cedex 9

RELEVÉ DES CAPITAUX PLACÉS D'ASSURANCE VIE - ANNEE _____

(A REMPLIR PAR LE OU LES ETABLISSEMENT(S) BANCAIRE(S) ET/OU ASSURANCIELS - A NOUS RETOURNER IMPERATIVEMENT)

Nom du ou des requérant(s) :

Adresse :

Dossier n°

Affaire suivie par :

Mme / M.

Poste : 02 41 81

PRODUITS	CAPITAL DU DEMANDEUR	CAPITAL DU CONJOINT, CONCUBIN OU PACSE
Possédez-vous des contrats d'épargne correspondant à des Assurances Vie ? : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		

ATTENTION !

« Le décret n°2016-210 du 26 février 2016 relatif à la valorisation et à l'amélioration de l'allocation personnalisée d'autonomie prévoit la prise en compte des revenus et du patrimoine dormant du demandeur. Ainsi le demandeur et le cas échéant, son conjoint, son concubin ou la personne avec laquelle il a conclu un PACS doivent fournir la preuve de l'existence ou non de contrat d'assurance vie et d'en déclarer le montant placé lors de sa demande APA auprès du département. A ce titre, le justificatif devient une pièce obligatoire à la complétude du dossier. »

Je soussigné : (titulaire du compte ou Représentant légal)

NOM :
 PRÉNOM :
 NOM de JEUNE FILLE :
 Qualité :
 Adresse :

Autorise les organismes bancaires ou assuranciers à fournir tous renseignements utiles sur le montant des capitaux placés d'assurance vie.
 Le
 Signature

Visa de l'établissement bancaire :

L'établissement bancaire atteste que
 M.....
 n'a pas, à ce jour, dans notre établissement, d'autre
 forme d'épargne d'assurance vie que celle indiquée ci-
 dessus

A.....
 Le.....

LISTE DES DOCUMENTS À FOURNIR LORS D'UNE DEMANDE D'ALLOCATION D'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES

OBLIGATOIRE :

1. La copie du **livret de famille** régulièrement tenu à jour, ou de la **carte nationale d'identité** ou le passeport ou un extrait d'acte de naissance.
2. Si vous êtes étranger, la photocopie de la **carte de résidence** ou du **titre de séjour**.
3. **Photocopie de toutes les pages du dernier avis d'imposition ou de non-imposition à l'impôt sur le revenu (*)**
Il est possible d'imprimer directement une copie de votre avis d'impôt sur www.impots.gouv.fr
(*) 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.
4. Le cas échéant, toute pièce justificative des biens (dont vous êtes propriétaire ou usufruitière) 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 => (JOINDRE L'IMPRIMÉ « RELEVÉ DES CAPITAUX PLACÉS D'ASSURANCE VIE » COMPLETÉ ET SIGNÉ PAR L'ORGANISME BANCAIRE OU ASSURANCIEL Y COMPRIS POUR LE CONJOINT, CONCUBIN OU PACSE)**). Pour information, selon l'application de la loi ASV du 28/12/2015, 3% des contrats d'épargne correspondant à des assurances vie seront pris en compte dans le calcul du taux de participation de l'APA.
5. Un **relevé d'identité bancaire** ou **postal récent du demandeur**.

AFIN DE FACILITER LE TRAITEMENT DU DOSSIER, vous êtes invité à joindre :

- 1) Pour les personnes vivant à domicile, en résidence autonomie ex-foyer-logement ou en famille d'accueil, **le certificat médical & la grille AGGIR** remplis par votre médecin traitant à l'aide de l'enveloppe cachetée ci-jointe.
- 2) Pour la personne hébergée en établissement (maison de retraite, etc.) **une attestation de présence et la grille AGGIR de moins de 3 mois délivrée par l'établissement**.
- 3) En cas d'existence d'une **mesure de protection juridique** (tutelle, curatelle, sauvegarde de justice, mandat de protection future ou habilitation familiale), joindre **la copie du jugement correspondant**.

L'ensemble est à adresser à :

APA à Domicile et APA en Établissement
Département de Maine-et-Loire Maison Départementale de l'Autonomie CS 94104 49941 ANGERS Cedex 9