

# L'APA à domicile

## Allocation Personnalisée d'Autonomie

### ✗ **CONDITIONS D'ATTRIBUTION :**

**Pour bénéficier de l'APA, vous devez :**

- être âgé de 60 ans ou plus,
- être en situation de perte d'autonomie, nécessitant une aide pour les actes essentiels de la vie (se lever, se laver, s'habiller, se déplacer...),
- résider de façon stable et régulière en France,
- si vous êtes de nationalité étrangère, être en situation régulière en matière de séjour en France.

**L'APA ne peut pas se cumuler avec :**

- la majoration pour aide constante d'une tierce personne versée aux titulaires d'une pension d'invalidité,
- l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP),
- l'allocation représentative des services ménagers et les aides en nature du Conseil Départemental versées sous forme d'heures d'aide ménagère.

### ✗ **PROCEDURE D'ATTRIBUTION :**

1°) Dépôt du dossier complet au Pôle Action Gériatrique de la Direction du Développement Social et de la Solidarité au Conseil Départemental à Angers.

**Vous recevez un accusé de réception du dossier complet. A compter de cette date, le Président du Conseil Départemental dispose d'un délai de 2 mois pour notifier sa décision.**

2°) Visite à domicile par un membre de l'équipe médico-social (médecin ou contrôleur-évaluateur).  
Evaluation de la dépendance par le biais de la grille AGGIR et évaluation du besoin d'aide compte tenu :

- de la dépendance
- de l'environnement
- de l'aide publique ou à titre gracieux déjà apportée
- des conditions matérielles de vie

3°) Pour les personnes classées dans les GIR 1 à 4 (pas d'aide pour les personnes classées en GIR 5 et 6), réception de la **proposition d'un plan d'aide**.

Le plan d'aide peut prendre en charge les aides suivantes :

- aide ménagère (entretien de la maison, courses, repas...)
- aide à la personne (lever, toilette, habillage...)
- accompagnement à la vie sociale (promenade, jeux...)
- abonnement à un dispositif de télé-assistance
- portage de repas (sous certaines conditions)
- aides techniques ou matériel médicalisé
- aménagement du logement
- les frais liés à l'incontinence
- les frais d'accueil de jour ou d'hébergement temporaire ...

**Vous disposez de 10 jours pour accepter ou refuser le plan d'aide et en renvoyer un exemplaire signé au Conseil Départemental (annoté si besoin des modifications souhaitées).**

4°) Réception de la notification d'attribution de l'APA.

**La prise en charge du plan d'aide débute à la date de notification.**

5°) Révision sur demande en cas de changement de la situation (augmentation ou diminution des aides...).

**A la réception de la notification du plan d'aide vous pouvez nous contacter, ou contacter directement le service prestataire pour mettre en place les aides prévues.**

## ✘ **MONTANTS :**

Le montant de l'APA dépend de deux facteurs :

- **le degré d'autonomie** : le montant maximum du plan d'aide attribuable est fixé par un barème arrêté au niveau national qui varie selon le groupe iso-ressource (GIR 1, 2, 3, 4) retenu pour la personne âgée ;
- **les ressources** : une participation au financement du plan d'aide sera calculée en fonction des ressources du demandeur.

**L'APA n'est pas soumise à l'obligation alimentaire et n'est pas récupérable sur succession.**

## ✘ **A SAVOIR :**

### **Date de versement :**

Le premier versement intervient pour le mois suivant sa date d'attribution. L'APA est versée au plus tard le 10 du mois pour lequel elle est servie.

Si vous faites appel à un service autorisé, la somme lui est versée directement.

Si vous rémunérez une personne en emploi direct et pour les autres aides prévues au plan d'aide, la somme correspondante vous est versée tous les mois. Il vous faut renvoyer les justificatifs de dépenses tous les 3 mois.

### **Obligations :**

Vous devez adresser au Président du Conseil Départemental, dans un délai d'un mois suivant la notification d'attribution, une déclaration mentionnant le ou les salariés embauchés ou le service d'aide auquel vous avez recours.

Vous devez de même signaler tout changement de situation, et produire tous les justificatifs demandés.

### **En cas d'hospitalisation :**

Le versement est suspendu à compter du 31<sup>ème</sup> jour d'hospitalisation. Il est rétabli à compter du 1<sup>er</sup> jour du mois au cours duquel vous n'êtes plus hospitalisé. **Vous devez prévenir la MDA de vos dates d'hospitalisation.**

## ✘ **CONTACT :**

**MDA  
CS 94104  
49941 ANGERS Cedex 9  
☎ : 02.41.81.49.49**

Numéro de Dossier : .....

**APA à Domicile**

(y compris Résidence autonomie, et Logement Foyer)

**APA en Etablissement**

1<sup>ère</sup> 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<sup>ème</sup> 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
-----	
-----	
-----	
-----	

## DEMANDE D'UNE CARTE MOBILITE INCLUSION (CMI) - *(Certificat médical obligatoire sauf GIR 1 et GIR 2)*

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

## 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 <sup>(?)</sup>  
 en ma qualité de représentant légal<sup>(?)</sup> 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 : .... / .... / .....

<sup>(?)</sup> 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)





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

## 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](http://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. **Photocopie de toutes les pages du dernier relevé des taxes foncières sur les propriétés bâties et sur les propriétés non bâties**  
*N. B. : Ne pas déclarer la résidence principale si celle-ci est occupée par le demandeur, son conjoint, son concubin ou la personne avec qui il a conclu un pacte civil de solidarité, ses enfants ou petits-enfants*
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 :

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