

ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE

LOI N° 2001-647 DU 20 JUILLET 2001 MODIFIANT LE CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES

Demande d'aide d'une personne âgée de 60 ans et plus pour faire face à la couverture des besoins liés à la conséquence de la perte d'autonomie, pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou dont l'état nécessite une surveillance régulière.

A domicile

En établissement

Accueil chez un particulier agréé

Date d'entrée :

Date d'entrée :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE FOYER DU DEMANDEUR

LE DEMANDEUR	CONJOINT - CONCUBIN - PACS
NOM	NOM
Nom marital	Nom marital
Prénoms	Prénoms
Date et lieu de naissance	Date et lieu de naissance
Nationalité <input type="checkbox"/> Française <input type="checkbox"/> Union européenne <input type="checkbox"/> Autre	N° sécurité sociale
Date d'arrivée en France	du conjoint
N° sécurité sociale	Est-il en activité <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Êtes-vous retraité <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Est-il retraité <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si oui, régime de retraite principal	Si oui, régime de retraite principal

SITUATION DE FAMILLE

marié(e)

divorcé(e)

veuf(ve)

concubin(e)

célibataire

pacte civil de solidarité

ADRESSE ACTUELLE DU DEMANDEUR

Précisez s'il s'agit : du domicile en location comme propriétaire

d'un établissement d'hébergement

d'un accueil au domicile d'un particulier agréé

d'un hébergement chez M.

lien de parenté

Adresse complète (N°, voie, appt,...) :

Téléphone domicile

Êtes-vous hospitalisé ?

oui

non

Si oui, dans quel établissement de santé ? :

Depuis le :

Le conjoint-concubin - PACS vit-il au domicile ?

oui

non

Autre lieu de résidence, coordonnées :

Est-il hébergé en établissement ?

oui

non

Si oui, coordonnées

ADRESSE PRÉCÉDENTE (DATE D'ARRIVÉE ET DATE DE DÉPART)

Adresse de votre ancien domicile (hors établissement médico-social) :

Du au

LA DÉCLARATION DOIT S'EFFECTUER EN EUROS	RESSOURCES DU FOYER			
	DEMANDEUR		CONJOINT/CONCUBIN PERSONNE CONTRAT PACS	
NATURE	CAISSE OU ORGANISME	MONTANT ANNUEL	CAISSE OU ORGANISME	MONTANT ANNUEL
Retraites principales
.....
.....
Retraite(s) complémentaire(s)
.....
.....
.....
.....
Revenus des biens mobiliers				
• Produits des contrats d'assurance-vie (exemples...) ⁽¹⁾
.....
.....
Revenus des biens mobiliers soumis au prélèvement libératoire (art. 125 A Code Général des Impôts)				
• Sur option (exemples...) ⁽¹⁾
• D'office (exemples...) ⁽¹⁾

(1) Donner le montant des produits, gains ou plus-values brutes perçues au cours de l'année civile précédant la demande.

RESSOURCES DU FOYER				
	DEMANDEUR		CONJOINT/CONCUBIN PERSONNE CONTRAT PACS	
NATURE	CAISSE OU ORGANISME	MONTANT ANNUEL	CAISSE OU ORGANISME	MONTANT ANNUEL
Biens non productifs de revenus				
Compte dépôt
Assurance vie ⁽²⁾
Actions - PEA ⁽²⁾
Obligations ⁽²⁾
SICAV ⁽²⁾
Bons du Trésor ⁽²⁾
Fonds communs ⁽²⁾
Autres placements financiers ⁽²⁾
	MONTANT ANNUEL			
Revenus des biens immobiliers				
Bâti non productifs ⁽³⁾
Adresse
Non bâti non productifs ⁽⁴⁾
Adresse

(2) Donner le montant du capital placé.

(3) Hors habitation principale - donner le montant « valeur locative » figurant sur taxe d'habitation et adresse du bien.

(4) Donner le montant « base » figurant sur taxe foncière et adresse du bien.

AIDES DONT VOUS BÉNÉFICIEZ ACTUELLEMENT

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Aide ménagère au titre de : | <input type="checkbox"/> Allocation Compensatrice Tierce Personne (A.C.T.P.) |
| <input type="checkbox"/> Aide Sociale | <input type="checkbox"/> date de première attribution |
| <input type="checkbox"/> Caisse de retraite | <input type="checkbox"/> par quel département |
| Si oui, laquelle | <input type="checkbox"/> Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) |
| <input type="checkbox"/> Majoration pour tierce personne | <input type="checkbox"/> par quel département |
| Si oui, nom de la caisse | <input type="checkbox"/> Prestation de Compensation du Handicap (P.C.H.) |
| | <input type="checkbox"/> date de première attribution |
| | <input type="checkbox"/> par quel département |

Attention : l'Allocation Personnalisée d'Autonomie n'est cumulaire ;

- ni avec la Prestation de Compensation du Handicap
- ni avec la majoration pour aide constante d'une tierce personne
- ni avec l'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne
- ni avec la prestation légale d'aide ménagère

FAITES-VOUS L'OBJET D'UNE MESURE (joindre copie du jugement)

- Sauvegarde de justice Curatelle Tutelle Mesure d'Accompagnement Judiciaire

Nom et adresse du tuteur ou du service tutélaire

..... Téléphone :

À RENSEIGNER OBLIGATOIREMENT

COORDONNÉES DES PERSONNES RÉFÉRENTES

Personne référente à contacter pour la visite à domicile ou en cas d'urgence :

NOM Prénom

Adresse

Téléphone Lien de parenté éventuel

NOM Prénom

Adresse

Téléphone Lien de parenté éventuel

COORDONNÉES DU MÉDECIN TRAITANT

NOM Prénom

Téléphone Adresse

.....



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 ;
- certifie avoir pris connaissance des conséquences de la demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie, décrites ci-après :
 - pour vérifier les déclarations des intéressés, le Conseil Général chargé de l'évaluation des droits peut demander toutes pièces justificatives à l'intéressé(e), ainsi que 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, (article L 232-16 du code de l'action sociale et des familles) ;
 - sans préjudice des actions en recouvrement des sommes indûment versées, le fait d'avoir frauduleusement perçu l'Allocation Personnalisée d'Autonomie est puni des peines prévues par les articles 313-1 à 313-3 du Code Pénal (article L 232-27 du code de l'action sociale et des familles) ;
 - le bénéficiaire a l'obligation de participer au financement du plan d'aide à hauteur du montant figurant sur la décision d'admission à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie, sauf s'il a été exonéré. A défaut, le versement de l'allocation peut être suspendu (article L 232-7 du code de l'action sociale et des familles) ;
 - dans le délai d'1 mois à compter de la notification de la décision d'attribution de la prestation, le bénéficiaire doit déclarer, à l'aide du cerfa N° 10544*02, au Président du Conseil Général le ou les salariés, ou le service d'aide à domicile à la rémunération desquels est utilisée l'Allocation Personnalisée d'Autonomie. Tout changement ultérieur de salarié ou de service doit être déclaré dans les mêmes conditions. A défaut, le versement de l'allocation peut être suspendu (article L 232-7 du code de l'action sociale et des familles) ;
 - le maire de la commune de résidence est informé du dépôt de la demande.

● en cas d'octroi de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie

- **à domicile**

j'autorise je n'autorise pas

le Conseil Général à communiquer les éléments de la prestation d'APA, directement au service prestataire d'aide à domicile.

j'autorise je n'autorise pas

le Conseil Général à verser la partie de l'Allocation affectée à la rémunération, directement au service prestataire d'aide à domicile.

- **en établissement**

j'autorise je n'autorise pas

le Conseil Général à verser l'allocation directement à l'établissement d'hébergement.

Fait à le Signature du demandeur
ou du représentant légal

À adresser à
Monsieur le Président du Conseil Général de la Haute-Garonne
SOLIDARITÉ DÉPARTEMENTALE - DIRECTION POUR L'AUTONOMIE
PERSONNES AGÉES - PERSONNES HANDICAPÉES
ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE
1, boulevard de la Marquette
31090 TOULOUSE cedex 9

DOSSIER DE DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE

PIÈCES À JOINDRE IMPÉRATIVEMENT AU DOSSIER DÛMENT COMPLÉTÉ

- 1- La photocopie du livret de famille ou de la carte nationale d'identité ou d'un passeport de la communauté européenne ou un extrait d'acte de naissance, ou, s'il s'agit d'un demandeur de nationalité étrangère, la photocopie recto-verso de la carte de résidence ou du titre de séjour,
- 2- La photocopie du dernier avis d'imposition ou de non imposition sur le revenu,
- 3- La photocopie du dernier relevé de la taxe foncière sur les propriétés bâties et/ou sur les propriétés non bâties,
- 4- Un relevé d'identité bancaire ou postal, au nom du bénéficiaire.

À JOINDRE EN COMPLÉMENT DU DOSSIER

- Si vous faites l'objet d'une mesure : copie du jugement,
- Le certificat médical rempli par le médecin traitant dans l'enveloppe confidentielle ci-jointe,
- Si vous êtes hébergé(e) dans un établissement :
 - copie de la grille AGGIR remplie par le médecin coordonnateur de l'établissement dans l'enveloppe confidentielle ci-jointe.
 - dans le cas d'un établissement hors Haute-Garonne, joindre le dernier arrêté départemental de tarification, à solliciter auprès de la direction de l'établissement.

DISPOSITIONS RELATIVES À LA LOI DU 6 JANVIER 1978

Les traitements relatifs à cette demande sont informatisés. Ils sont donc soumis aux dispositions de cette loi qui protège les droits et libertés individuels.

Conformément à l'article 27 de cette loi, les personnes 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 du 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 ou de vérification des informations nominatives stockées ou traitées informatiquement.

Pour l'exercice de ce droit, il convient de vous adresser selon la prestation dont vous bénéficierez, en justifiant de votre identité, à Monsieur le Président du Conseil Général de la Haute-Garonne.

À adresser à

**Monsieur le Président du Conseil Général de la Haute-Garonne
SOLIDARITÉ DÉPARTEMENTALE
DIRECTION POUR L'AUTONOMIE
PERSONNES AGÉES - PERSONNES HANDICAPÉES
ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE
1, boulevard de la Marquette
31090 TOULOUSE cedex 9**



Cher confrère,

Ce certificat est destiné à faciliter la demande de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie déposée par votre patient. Il me sera adressé sous pli confidentiel à l'aide de l'enveloppe pré-identifiée avec le dossier de demande.

Je me permettrai de prendre éventuellement contact avec vous pour des renseignements complémentaires.

Le Médecin des Actions Médico-Sociales

ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE CERTIFICAT MÉDICAL

NOM Prénom Date de naissance

Adresse :

..... Téléphone

Si besoin, personne à contacter

..... Téléphone

ÉTAT GÉNÉRAL

Poids kg Taille Amaigrissement kg en mois

ÉTAT COGNITIF ET PSYCHO-COMPORTEMENTAL

Pathologies*

- Démence (Alzheimer ou vasculaire) Dépression
- Psychose maniaco-dépressive Schizophrénie
- Névrose Alcoolisme

Autres

OUI	NON	COMMENTAIRES
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles de la mémoire
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Désorientation temporo-spatiale
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles du langage
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles praxiques
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Agitation / Agressivité / Fugue
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles du sommeil
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	État dépressif
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autres symptômes psychiatriques

* Cocher la mention utile, pour les pathologies préciser si possible la date du diagnostic et le retentissement au quotidien.

FONCTION LOCOMOTRICE

Pathologies*

- AVC Arthrose
- Rhumatisme inflammatoire Fracture du col du fémur récente
- Fracture vertébrale récente Amputation
- Autres

OUI NON

Déficience fonctionnelle

COMMENTAIRES

- Membre supérieur droit
- Membre supérieur gauche
- Membre inférieur droit
- Membre inférieur gauche

AIDE AUX DEPLACEMENTS

- Canne Fauteuil roulant
- Déambulateur Tierce personne

ÉTAT NEUROLOGIQUE

Pathologies*

- AVC Maladie dégénérative
- Parkinson Epilepsie
- Hydrocéphalie Tumeur bénigne
- Néoplasie
- Autres

OUI NON

COMMENTAIRES

- Aphasie
- Troubles de l'équilibre, chutes
- Tremblements
- Troubles moteurs sensitifs

ÉTAT SENSORIEL

Pathologies*

- Glaucome Cataracte
- Dégénérescence maculaire
- Autres

OUI NON

COMMENTAIRES

- Déficience sévère de la vision
- Déficience sévère de l'audition
- Appareillage

ÉTAT CARDIO-RESPIRATOIRE

Pathologies*

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> HTA | <input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque |
| <input type="checkbox"/> Ischémie myocardique | <input type="checkbox"/> Valvulopathie |
| <input type="checkbox"/> Artériopathie | <input type="checkbox"/> Trouble du rythme et de la conduction |
| <input type="checkbox"/> Pathologie veineuse | <input type="checkbox"/> Bronchite chronique |
| <input type="checkbox"/> Emphysème | <input type="checkbox"/> Asthme |
| Autres | |

OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

COMMENTAIRES

- Dyspnée
- Angor
- Oxygénothérapie
- Périmètre de marche

FONCTION DIGESTIVE

Pathologies*

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Colopathie | <input type="checkbox"/> Ethylisme |
| <input type="checkbox"/> Cirrhose | <input type="checkbox"/> Hépatite chronique |
| <input type="checkbox"/> Pathologie gastrique | <input type="checkbox"/> Néoplasie |
| Autres | |

OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

COMMENTAIRES

- Troubles mastication/déglutition
- Troubles du transit
- Incontinence anale
- Stomie

FONCTION URO GÉNITALE

Pathologies*

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Prostatique | <input type="checkbox"/> Périnéale |
| <input type="checkbox"/> Gynécologique | |
| Autres | |

OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

COMMENTAIRES

- Pollakiurie
- Incontinence nocturne
- Incontinence diurne

AUTRES*

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dénutrition | Pathologies cutanées |
| <input type="checkbox"/> Déshydratation | <input type="checkbox"/> Escarres |
| Autres pathologies | <input type="checkbox"/> Ulcères |
| <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Tumeurs |
| <input type="checkbox"/> Obésité | |
| <input type="checkbox"/> Dysthyroïdie | |
| <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale | |

ÉVALUATION DE LA PERTE D'AUTONOMIE

- Aide pour les actes ménagers UNIQUEMENT
- Aide pour CERTAINS actes essentiels de la vie quotidienne. Lesquels ?*
- | | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Toilette | <input type="checkbox"/> Habillage | <input type="checkbox"/> Alimentation |
| <input type="checkbox"/> Elimination | <input type="checkbox"/> Transferts | <input type="checkbox"/> Déplacements |
- Dément déambulant
- Confiné au lit ou au fauteuil

AIDES EXISTANTES

- | | |
|---|-------------------|
| <input type="checkbox"/> IDE | Périodicité |
| <input type="checkbox"/> Kinésithérapeute | Périodicité |
| <input type="checkbox"/> Aide ménagère | Périodicité |
| <input type="checkbox"/> Autres | Périodicité |

TRAITEMENT ACTUEL

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

OBSERVATIONS ÉVENTUELLES

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- Demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie à domicile
- Demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie en établissement : dans ce cas joindre la grille AGGIR au dossier médical.

Date Téléphone

Cachet et signature