



Direction des personnes âgées
Et handicapées

Service de l'aide sociale

Formulaire de demande de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) pour une personne de 60 ans et plus

PIECES JUSTIFICATIVES À FOURNIR IMPERATIVEMENT :

- Imprimé de demande réglementaire dûment complété et **signé**. (Si imprimés sortis via Internet, envoyer deux exemplaires.)
- Photocopie d'un justificatif d'identité (carte nationale d'identité ou livret de famille) **OU** pour les ressortissants hors union européenne, titre de séjour **en cours de validité**.
- Relevé d'identité bancaire ou postal.
- Photocopie du dernier avis d'imposition ou de non imposition à l'impôt sur le revenu recto verso.
- Photocopie de la (ou des) taxe(s) foncière(s).

PIECES COMPLEMENTAIRES :

- Pièces justificatives de toutes les ressources relatives à l'année civile précédant la demande (justificatifs annuels des Caisses de retraite, salaires, ASSEDIC) y compris les retraites et différentes ressources provenant de l'étranger.
- Evaluation médicale à remplir par le **médecin traitant**. A joindre sous enveloppe fermée et non affranchie.

A retourner à l'adresse suivante :

Monsieur le Président du Conseil général
Direction générale des solidarités
DPAH/Service de l'aide sociale
Boulevard de France – 91012 Evry cedex

Renseignements concernant	Demandeur	Conjoint(e), concubin(e) ou pacsé(e)
NOM marital		
NOM de naissance		
Prénom		
Date de naissance		
Numéro de sécurité sociale		
Nationalité		
Situation de famille	<input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> marié <input type="checkbox"/> vie maritale <input type="checkbox"/> divorcé <input type="checkbox"/> veuf <input type="checkbox"/> pacsé <input type="checkbox"/> séparé	
Caisse de retraite		

<p>Représentant du demandeur</p> <p>Le demandeur est-il sous tutelle ou curatelle ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> sauvegarde de justice (*)</p> <p>Nom du tuteur ou de l'organisme :</p> <p>Adresse :</p> <p>Tél. (obligatoire) :</p>
<p>PERSONNE À CONTACTER POUR LE SUIVI DU DOSSIER :</p> <p>Nom : Prénom :</p> <p>Adresse :</p> <p>Numéros de Tél. (obligatoire) :</p> <p>S'agit-il d'un membre de la famille ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non (*) lien de parenté :</p>

(*) Cocher la case correspondante

Renseigner les champs concernant votre situation.

Situation 1

Domicile - Adresse actuelle du demandeur -			
N° et rue	Commune	Code postal	N° de téléphone
Depuis le :			

Etes vous locataire propriétaire logé à titre gracieux (*)

(*) Cocher la case correspondante

Situation 2

Etablissement pour personnes âgées - Adresse actuelle du demandeur -			
Nom de l'établissement (**) :			
N° et rue	Commune	Code postal	N° de téléphone
Depuis le :			

(**) S'il s'agit d'un établissement situé hors Essonne, joindre l'arrêté départemental de tarification

Situation 3

Famille d'accueil par un particulier à domicile et à titre onéreux - Adresse actuelle du demandeur - (dans le cadre de la loi du 10/07/1989)			
Nom de la famille d'accueil :			
N° et rue	Commune	Code postal	N° de téléphone
Depuis le :			

Adresse précédente (à renseigner si vous avez déménagé ou si vous résidez en établissement depuis moins de 3 mois)		
N° et rue	Commune	Code postal
DU : AU :		

Percevez- vous les allocations ou les prestations suivantes : (si oui : indiquez le montant mensuel)

- | | | |
|---|---|-----------------|
| - allocation supplémentaire (ex : ASPA) ----- | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | montant : |
| - allocation aux adultes handicapés (AAH) ----- | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | montant : |
| - majoration pour aide constante d'une tierce personne (MTP) -- | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | montant : |
| - allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) ----- | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | montant : |
| - aide ménagère des caisses de retraite ----- | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | montant : |
| - allocation de logement (APL) ----- | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | montant : |
| - prestation de compensation du handicap (PCH) ----- | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | montant : |
| - autres, lesquelles ----- | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | montant : |

En cas d'admission à l'allocation personnalisée à l'autonomie, j'autorise le Conseil Général à verser cette allocation au service prestataire ou à l'établissement : oui non (*)

Si l'allocation personnalisée à l'autonomie est refusée, j'autorise le Conseil Général à communiquer les éléments nominatifs me concernant à la caisse de retraite : oui non (*)

(*) Cocher la case correspondante

Je soussigné(e) certifie l'exactitude des renseignements fournis

Signature de l'intéressé(e) ou de son représentant :

Date :

Le GIR (Groupe iso ressources) détermine le degré de dépendance

GIR 1 s'applique aux personnes extrêmement dépendantes qui ont perdu toute autonomie physique et mentale et pour lesquelles la présence permanente d'intervenant est nécessaire.

GIR 2 s'applique aux personnes très fortement dépendantes qui ne peuvent plus se déplacer mais dont les facultés mentales ne sont pas totalement altérées et à celles qui, à l'inverse, ont conservé leurs capacités motrices mais ont perdu leur autonomie mentale

GIR 3 s'applique aux personnes fortement dépendantes qui nécessitent des aides quotidiennes importantes pour préserver leur autonomie.

GIR 4 s'applique aux personnes sans problèmes moteurs mais qui ont besoin d'une aide pour se lever, s'habiller ou s'alimenter.

GIR 5 s'applique aux personnes faiblement dépendantes qui n'ont besoin que d'une aide ponctuelle.

GIR 6 s'applique aux personnes non dépendantes qui sont totalement autonomes pour les actes de la vie courante.

Traitement informatique des dossiers d'aide sociale Dispositions relatives à la loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004

Les traitements relatifs à cette demande sont informatisés. Ils sont donc soumis aux dispositions de la loi « Informatique et Libertés » n°78-17 du 6 janvier 1978 qui protège les droits et libertés individuels.

Conformément à l'article 27 de cette loi, les personnes auprès desquelles sont recueillies des informations nominatives, sont informées que :

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 informations collectées sont exclusivement les administrations et organismes habilités à connaître des dossiers d'aide à domicile ou en établissement.

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 d'adresser un courrier justifiant de votre identité et de votre demande à :

**Monsieur le Président du Conseil Général
Direction générale des solidarités
Service de l'aide sociale
Boulevard de France – 91012 Evry cedex**



A COMPLETER PAR LE MEDECIN TRAITANT

Docteur,

Votre patient a déposé une demande d'allocation personnalisée à l'autonomie. Pour permettre d'apprécier au mieux sa perte d'autonomie, je vous invite à compléter cette évaluation médicale et à la lui remettre **sous pli confidentiel**.

Pour l'élaboration de son plan d'aide qui tient compte également de l'environnement et de ses besoins, je pourrais être amené à vous contacter.

Je me permets de vous rappeler que l'ensemble des personnes constituant l'équipe médico-sociale est astreint au **secret professionnel**.

Je vous remercie par avance de ce que vous ferez pour votre patient et vous prie d'agréer, Docteur, à l'expression de mes sincères salutations

Le médecin de l'équipe médico-sociale

NOM - Prénom :

date de naissance :...../...../.....

Commune de résidence :

Poids : Taille :

ATCD médicaux (y compris psychiatrique):

ATCD chirurgicaux :

Traitement en cours :

Le traitement

est pris de façon autonome

préparé par l'entourage (préciser si IDE)

donné par l'entourage

Vue : normal

corrigée

non corrigée

Audition : normal

surdité appareillée

surdité non appareillée

Cohérence

Réponse adaptée aux questions : oui non

Bonne capacité de raisonnement : oui non

Bonne capacité de jugement : oui non

Troubles mineurs du comportement (manque d'initiative, Opposition....), lesquels :

Troubles majeurs du comportement (agitation, fugue, cri....)
lesquels :

Orientation dans le temps

Bien orientée

Troubles mineurs

Troubles majeurs

Orientation dans l'espace

bien orientée

troubles mineurs

troubles majeurs

Score MMS (s'il est connu) :

Déplacement dans le domicile

Seul (e) avec ou sans aide technique (cane, déambulateur, fauteuil roulant) (*entourer la (les) mention(s) utile(s)*)

Déplacement accompagné par un tiers

Déambulation diurne/nocture (*entourer la (les) mention(s) utile(s)*)

Confiné (e) au lit

Alimentation votre patient(e) présente t'il (elle) un risque de fausse route avéré oui non

Incontinence urinaire

non

oui

Sonde urinaire* vide sa poche seul(e)*

Incontinence fécale

non

oui

Stomie* change sa poche seul (e)*

* cocher si « oui »

Certificat complété par (apposez votre cachet)

A la date du :...../...../.....

Votre appréciation globale sur l'autonomie de votre patient et sur son maintien à domicile :

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

signature :