

ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE

LE CONSEIL DÉPARTEMENTAL DES PYRÉNÉES-ATLANTIQUES
DIRECTION GÉNÉRALE ADJOINTE DES SOLIDARITÉS HUMAINES

NOM :

Prénom :

Commune :

N° DOSSIER
Service

A remplir par l'administration du Département

Le demandeur a sollicité, a bénéficié ou bénéficie d'une aide d'action sociale de la Carsat ou d'une autre caisse	
<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, si oui depuis le
Référent CLIC, MAIA, MSA, ou autre service social ou médico-social pour le suivi du dossier	
Organisme :	Souhaite être informé de la visite APA : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Nom du référent :	Qualité du référent :
N° de tél. :	Messagerie :

Demande d'aide d'une personne de 60 ans ou plus auprès du Conseil départemental au titre des prestations légales d'aide sociale

LISTE DES PIÈCES À FOURNIR

IMPRIMÉS DEVANT ÊTRE COMPLÉTÉS

- A. Imprimé de demande d'aide (à compléter intégralement, dater et signer)
- B. Certificat médical rempli par le médecin traitant

PIÈCES JUSTIFICATIVES POUR LE DEMANDEUR ET SON CONJOINT

- Photocopie d'un justificatif d'état civil (livret de famille, carte d'identité, passeport, extrait d'acte de naissance)
- Ressortissants hors Union Européenne : photocopie recto-verso du titre de séjour en cours de validité
- Relevé d'identité bancaire ou postal au nom du demandeur
- Photocopie de la carte vitale ou de l'attestation de sécurité sociale
- Photocopie recto-verso du dernier avis d'imposition/non-imposition du demandeur, son conjoint ou partenaire
- Salaires, pensions : justificatifs des salaires, attestation de pension y compris provenant de l'étranger en cas de veuvage survenu dans les deux ans, notification des pensions de reversion et de vos droits propres
- Rentes viagères : attestations de la banque/compagnie d'assurance ou copie de l'acte notarié
- Assurance vie : relevé annuel
- Mesure de protection : copie de la décision de justice

Propriétaire ou usufruitier :

- Photocopie recto-verso du dernier relevé des taxes foncières sur les propriétés bâties et non bâties ou à défaut relevé de la matrice cadastrale
- Justificatifs des revenus des biens immobiliers (revenus fonciers, locatifs...) y compris provenant de l'étranger

<input type="checkbox"/> Aide à domicile
<input type="checkbox"/> 1^{ère} demande <input type="checkbox"/> Nouvelle demande <input type="checkbox"/> Aggravation
<input type="checkbox"/> Aide en établissement
(Cocher la case correspondante)

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DEMANDEUR

ADRESSE ACTUELLE

Rés. Bât.

Esc. Étage App. n°

N° et nom de la voie

Code postal Commune

Téléphone obligatoire

ADRESSE PRÉCÉDENTE

Ne remplir que si l'intéressé est soit **en établissement**, soit réside **à l'adresse actuelle depuis moins de trois mois**

Adresse

Code postal Commune

Date d'arrivée :

Date de départ :

ÉTAT CIVIL	LE DEMANDEUR	LE CONJOINT OU LE CONCUBIN* OU LE PARTENAIRE (PACS)
Nom (marital pour les femmes) Nom de naissance		
Prénom		
Date de naissance		
N° de sécurité sociale		
Caisse d'affiliation		
Régime principal de retraite		
Nationalité		
Date de validité de la carte de séjour		

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA SITUATION ACTUELLE

- marié(e) célibataire concubin retraité(e) en activité
 divorcé(e) cohabitation veuf ou veuve depuis le : PACS

RENSEIGNEMENT COMPLÉMENTAIRE SUR VOTRE CONDITION DE VIE

- Vit seul(e)** **Vit en famille d'accueil**
 Vit en couple **Vit en établissement d'hébergement pour personnes âgées**
 Vit en famille si oui précisez le membre de la famille :
 Autre. **Votre conjoint réside-t-il au domicile ?** oui non Si non, précisez :

Mentionnez le cas échéant si vous faites l'objet d'une mesure de : sauvegarde de justice tutelle curatelle Autres
 Nom et adresse du tuteur ou de l'association chargée de la gestion des biens
 Téléphone :

PERSONNE RÉFÉRENTE À CONTACTER POUR LA VISITE OU EN CAS D'URGENCE

Nom, prénom

Lien de parenté

Adresse

..... N° de tél.

AUTRE PERSONNE À CONTACTER POUR LA VISITE

Nom, prénom

Lien de parenté

Adresse

..... N° de tél.

Renseignements concernant les proches aidants du demandeur (facultatif)

Ce volet vise à apporter les premières informations sur les personnes de votre famille ou de votre entourage amical ou de votre voisinage qui vous apportent une aide dans la vie quotidienne, qu'on dénommera « aidants »

	1 ^{er} aidant	2 ^{ème} aidant
Nom et Prénom de l'aidant		
Age de l'aidant / Date de naissance		
Adresse de l'aidant		
N° de téléphone de l'aidant		
Nature du lien avec l'aidant		
Nature de l'aide apportée (ex : courses, repas, etc.)		
Durée et périodicité de cette aide sur une journée, une semaine ou un mois		

RESSOURCES ANNUELLES

Prendre en compte les ressources de l'année civile précédant la date de demande.

Par exemple : pour une demande du 20 septembre 2018, déclarer les ressources de l'année civile 2017.

AVANTAGES PRINCIPAUX	NOM ORGANISME	MONTANTS PERÇUS	
		PAR LE DEMANDEUR	PAR LE CONJOINT OU CONCUBIN
Régime général (CARSAT)			
Mutualité Sociale Agricole			
Autres régimes			
Salaires ou bénéfices déclarés			
Revenus perçus de l'étranger (fournir les justificatifs)			
Montant des ressources soumises à prélèvement libératoire			
Rentes viagères constituées à titre onéreux (montant total de la rente)			
Valeur du/des contrats d'assurance vie		<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Montant :	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Montant :

Pension alimentaire versée par les enfants
Autre pension alimentaire

ALLOCATIONS ET AIDES : Percevez-vous :		
- la majoration pour aide constante d'une tierce personne (MTP) ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
- la prestation complémentaire pour recours à tierce personne (PC RTP) ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
- l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
- la prestation de compensation du handicap (PCH) ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
- l'aide ménagère versée par les Caisses de retraite ?		
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Organisme :	Nombre d'heures :	
- l'aide ménagère au titre de l'aide sociale départementale ?		
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Organisme :	Nombre d'heures :	

Le demandeur ou son conjoint, concubin, partenaire pacs, est-il ?

- Locataire ?** oui non
- Usufruitier ?*** oui non
- Propriétaire de biens immobiliers ?*** oui non

*Si oui : joindre les justificatifs : taxe foncière, déclaration de revenus fonciers

PATRIMOINE DU FOYER		
NATURE DES BIENS/ADRESSE <small>Exemple : Maison, appartement, terres agricoles, bâtiments de fermes, etc...</small>	USAGE ACTUEL DU (OU DES BIENS) <small>Précisez pour chaque bien s'il est occupé par le demandeur ou un tiers (lien de parenté) à titre gratuit, à titre locatif, en fermage, en usufruit, non exploité</small>	MONTANT ANNUEL NET DES REVENUS <small>Fonciers procurés par les biens</small>

CARTE MOBILITE INCLUSION

Sous certaines conditions, vous pouvez bénéficier de la carte mobilité inclusion, selon le cas, elle portera la mention « priorité », « stationnement pour personnes handicapées », « invalidité » ou plusieurs de ces mentions cumulées.

Souhaitez-vous bénéficier de la carte mobilité inclusion ? Non Oui

J'autorise le Département à transmettre mon dossier :

- En cas d'ouverture de droit à l'APA aux institutions et organismes partenaires du Département susceptibles de me proposer des actions de prévention ainsi que des actions d'accompagnement en faveur de mes proches aidants :
 J'autorise la transmission de mon dossier Je n'autorise pas la transmission de mon dossier
- En cas de rejet de demande d'APA, à l'organisme compétent en vue d'une prise en charge des services ménagers :
 J'autorise la transmission de mon dossier Je n'autorise pas la transmission de mon dossier

Fait à, le

Signature,

CONSÉQUENCES DE L'ADMISSION

Les personnes sollicitant le bénéfice de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie sont informées que :

- L'Allocation Personnalisée d'Autonomie n'est cumulable, ni avec la prestation spécifique dépendance, ni avec l'allocation compensatrice pour tierce personne, ni avec la majoration pour aide constante d'une tierce personne, ni avec la prestation de compensation du handicap, ni avec la prestation légale d'aide ménagère.**
- L'APA n'est pas récupérable sur succession ou donation (article L 232-19 du code de l'Action Sociale et des Familles).**
Toutefois les indûs constatés au jour du décès peuvent donner lieu à recouvrement.
- Le fait de percevoir ou tenter de percevoir frauduleusement des prestations d'aide sociale est puni des peines prévues aux articles 313-1, 313-7 et 313-8 du code Pénal (Article 135-1 du code de l'Action Sociale et des Familles).**
- Les services du Département sont autorisés à solliciter les administrations publiques compétentes afin de vérifier les déclarations des demandeurs et de s'assurer de l'effectivité de l'aide qu'ils reçoivent (article L 232-16 du code de l'Action Sociale et des Familles).**

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des informations renseignées et confirme avoir déclaré la totalité de mes revenus, y compris les assurances vie (ainsi que celles de mon conjoint, concubin, partenaire de PACS)

Je soussigné(e) déclare avoir pris connaissance des dispositions ci-dessus.

A, le

Signature,

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 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 de vous adresser selon la prestation dont vous bénéficiez, en justifiant de votre identité, à l'adresse ci-dessous :

Dossier à adresser à :

Direction générale adjointe des Solidarités Humaines





ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE

LE DÉPARTEMENT DES PYRÉNÉES-ATLANTIQUES
DIRECTION GÉNÉRALE ADJOINTE DES SOLIDARITÉ HUMAINES

CERTIFICAT MÉDICAL

A remplir par le médecin traitant

NOM - Prénom

NOM de jeune fille

Date de naissance

Adresse

Mon cher confrère,

Votre patient effectue une demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie auprès du Département des Pyrénées-Atlantiques.

Je vous serais obligé de bien vouloir lui remettre sous pli confidentiel ce certificat médical, pièce majeure de son dossier de demande.

En effet, son dossier sera examiné par une équipe médico-sociale, astreinte au secret médical, qui participera à l'élaboration d'un plan d'aide.

En vous remerciant par avance, je vous prie d'agréer, mon cher confrère, l'expression de mes meilleures salutations.

Le Médecin départemental

IMPRIMÉ



Taille : - Poids : - Amaigrissement (6 derniers mois) :

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS

MÉDICAUX

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

CHIRURGICAUX

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

OBSTÉTRICAUX

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

PATHOLOGIE ACTUELLE

DIAGNOSTIC PRINCIPAL motivant la demande :

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

TRAITEMENT ACTUEL :

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

AFFECTIONS

ÉTIOLOGIE NATURE DES TROUBLES

Appareil locomoteur

.....

Appareil cardio-respiratoire

.....

Appareil neurologique

.....

Fonctions intellectuelles

.....

Troubles du langage et de la parole

.....

Fonction digestive

.....

Fonction urinaire

.....

Fonctions métaboliques

.....

Appareil oculaire :

acuité visuelle :

après correction : O.D O.G

Appareil auditif :

Autres

.....

DATE :

SIGNATURE

Tampon obligatoire

GRILLE NATIONALE AGGIR

Elle sera utilisée par les médecins du Département pour évaluer le degré de dépendance. Nous vous proposons de bien vouloir la remplir, en complément du certificat médical.

A = Fait seul(e) habituellement - **B** = Fait partiellement - **C** = Ne fait pas

VARIABLES DISCRIMINANTES	A - B - C
COHERENCE : Converser et/ou se comporter de façon sensée	
ORIENTATION : Se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux	
TOILETTE : concerne l'hygiène corporelle	HAUT ----- BAS
HABILLAGE : s'habiller, se déshabiller, se présenter	HAUT ----- MOYEN ----- BAS
ALIMENTATION : manger les aliments préparés	SE SERVIR ----- MANGER
ELIMINATION : assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale	URINAIRE ----- ANALE
TRANSFERTS : se lever, se coucher, s'asseoir	
DEPLACEMENTS A L'INTERIEUR : avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant...	
DEPLACEMENTS A L'EXTERIEUR : à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport	
COMMUNICATION A DISTANCE : utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme	

VARIABLES ILLUSTRATIVES	A - B - C
GESTION : gérer ses propres affaires, son budget, ses biens	
CUISINE : préparer ses repas et les conditionner pour être servis	
MENAGE : effectuer l'ensemble des travaux ménagers	
TRANSPORT : prendre et/ou commander un moyen de transport	
ACHATS : acquisition directe ou par correspondance	
SUIVI DU TRAITEMENT : se conformer à l'ordonnance du médecin	
ACTIVITES DE TEMPS LIBRE : activités sportives, culturelles, sociales, de loisir ou de passe temps	



CONFIDENTIEL
CERTIFICAT MÉDICAL

**A l'attention du Médecin
de l'Équipe Médico-Sociale A.P.A.**

(à joindre au dossier d'A.P.A. établi au nom de

M.))