

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

* Chaque Conseil Général a son propre formulaire de demande d'APA, généralement disponible sur son site Internet. Cet exemple est celui du CG de l'Essonne.

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.
-

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 :			

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.

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 :