

DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE - APA À DOMICILE

À retourner au

CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE MEURTHE-ET-MOSELLE

Direction de l'Autonomie

Service APA à domicile

48, esplanade Jacques-Baudot
CO 90019 - 54 035 NANCY CEDEX
03 83 94 54 54

	DEMANDEUR	CONJOINT OU PERSONNE VIVANT MARITALEMENT *
Nom		
Nom de jeune fille		
Prénoms		
Date de naissance		
Lieu de naissance		
N° de sécurité sociale		
Nationalité (Française, ressortissant de l'union Européenne, autres)		
Numéros de téléphone <i>(fixe et portable)</i>		
Adresse mail		
Adresse actuelle du demandeur <i>(nom du bâtiment, n° d'appartement, étage, digicode, lieu-dit et toute information utile)</i>		

* concubin ou personne avec laquelle le demandeur a conclu un pacte civil de solidarité (PACS)

COORDONNÉES DE LA PERSONNE RÉFÉRENTE

(à contacter pour la visite d'évaluation à domicile ou en cas d'urgence)

Nom - Prénom

Adresse

.....

Téléphone fixe Téléphone portable

Adresse mail

Lien avec le demandeur

Souhaitez-vous qu'une copie des courriers lui soit adressée ?

Oui

Non

CONTEXTE DE LA DEMANDE

Déposez-vous cette demande pour faire réaliser

des travaux d'adaptation du logement ? Oui Non

Vivez-vous seul à votre domicile ? Oui Non

Avez-vous des difficultés d'accès ou de déplacement au sein de votre logement ? Oui Non

Avez-vous au moins deux contacts avec votre famille, vos amis, votre voisinage dans la semaine (*hormis la personne avec laquelle vous vivez*) Oui Non

Lors des 6 derniers mois

Avez-vous été hospitalisé(e) ? Oui Non

Avez-vous fait une chute ? Oui Non

Avez-vous connu un changement dans votre vie ?

(décès ou placement dans un EHPAD d'un proche vivant sous le même toit) Oui Non

Vivez-vous avec une personne dépendante ? Oui Non

SITUATION FAMILIALE

Célibataire

Marié(e)

Vivant maritalement

Titulaire d'un PACS

Divorcé(e)

Veuf(ve) depuis le

Lieu de résidence du conjoint ou de la personne vivant maritalement si différent du demandeur :

Précisez l'adresse Établissement.....

Autre

ADRESSE ACTUELLE

Depuis quelle date y demeurez-vous ? (*si moins de 3 mois, remplissez la rubrique Adresse précédente*)

Vous êtes : Propriétaire

Locataire

Colocataire

Logé(e) à titre gracieux

Usfruitier

S'agit-il : d'une résidence principale

d'une résidence autonomie (ex logement foyer)

d'une famille d'accueil agréée
(loi du 10/07/1989)

d'un autre domicile (enfants, centre pénitentiaire...)

ADRESSE PRÉCÉDENTE

à remplir si l'intéressé(e) réside en Meurthe-et-Moselle depuis moins de 3 mois, ou en résidence autonomie (ex logement foyer) ou en famille d'accueil agréée

N° - Rue

Code postal - Commune

Date d'arrivée à ce domicile : Date de départ de ce domicile :

Précisez s'il s'agissait

d'une famille d'accueil agréée (loi du 10/7/89)

du domicile personnel

d'une résidence autonomie (ex logement foyer)

autres (à préciser)

.....

PROTECTION JURIDIQUE

Faites-vous l'objet d'une protection juridique ? Oui Non En cours

Si oui Sauvegarde de justice Tutelle
 Curatelle Mandat de protection future

Indiquez le nom et l'adresse du tuteur ou de l'association chargée de la mesure :

(Joindre une copie du jugement)

CAISSE DE RETRAITE

Êtes-vous retraité ? Oui Non

Si oui, précisez le régime de retraite principal (CARSAT, CARMi, MSA, SNCF, RSI, etc.) :

Le conjoint ou la personne avec laquelle vous vivez maritalement, est-il retraité ? Oui Non

Si oui, précisez le régime de retraite principal (CARSAT, CARMi, MSA, SNCF, RSI, etc.) :

TRANSMISSION DU DOSSIER

En cas de rejet de l'APA à domicile (GIR 5 ou 6), souhaitez-vous qu'une autre aide soit étudiée et qu'à cet effet votre dossier soit transmis à votre caisse de retraite, afin de raccourcir les délais ? Oui Non

NB : En cas de rejet GIR 5/6, des préconisations d'aide vous seront proposées : il vous appartiendra de les transmettre à votre caisse de retraite principale (sauf CARSAT)

Indiquez le nom de la structure intervenante que vous avez choisie :

REVENUS ET PATRIMOINE DU DEMANDEUR

1-RESSOURCES NE FIGURANT PAS DANS L'AVIS D'IMPOSITION OU DE NON-IMPOSITION À L'IMPÔT SUR LE REVENU

Revenus soumis au prélèvement libératoire en application des articles 125-0 A et 125 D du code général des impôts.

Montant à préciser pour le demandeur :

Montant à préciser pour le conjoint, son concubin ou la personne avec laquelle il a conclu un Pacte Civil de Solidarité :

2-ALLOCATIONS

Bénéficiez-vous déjà de :

> l'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP) Oui Non

> la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) Oui Non

> l'Aide Ménagère à Domicile par votre caisse de retraite Oui Non

> la prestation complémentaire pour recours à une tierce personne (PC RTP) Oui Non

Bénéficiez-vous actuellement d'une majoration pour aide constante d'une tierce personne (MTP) ?

(Joindre une copie de la notification) Oui Non

Par quel organisme ?

ATTENTION ! L'allocation personnalisée d'autonomie n'est pas cumulable avec les prestations ci-dessus ni avec la prestation légale d'aide ménagère servie par le Département.

3-PATRIMOINE DORMANT

À remplir pour le demandeur (+ son conjoint, son concubin ou la personne avec qui il a conclu un pacte civil de solidarité)

a) Biens immobiliers

Possédez-vous des biens immobiliers ? Oui Non

Si oui, complétez le tableau (ne pas déclarer la résidence principale si 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).

NATURE ET VALEUR LOCATIVE DU BIEN (verger, garage, résidence secondaire, terrain bâti ou non bâti...)	ADRESSE	EXPLOITATION
		<input type="checkbox"/> occupé <input type="checkbox"/> non occupé * <input type="checkbox"/> loué
		<input type="checkbox"/> occupé <input type="checkbox"/> non occupé * <input type="checkbox"/> loué
		<input type="checkbox"/> occupé <input type="checkbox"/> non occupé * <input type="checkbox"/> loué

(*) Joindre le dernier relevé de la taxe foncière sur les propriétés bâties et sur les propriétés non bâties.

En cas d'exonération, joindre une fiche d'évaluation foncière des propriétés bâties.

b) Biens mobiliers et capitaux non placés *

Bénéficiez-vous > de biens mobiliers Oui Non Si oui, précisez le ou les montants :

> de capitaux non placés Oui Non Si oui, précisez le ou les montants :

> d'une assurance vie Oui Non Si oui, précisez le ou les montants :

(*) Ne pas déclarer les capitaux placés, y compris ceux exonérés d'impôts (livret A, livret de développement durable, plan épargne logement, plan épargne en actions...), qui ne constituent pas du patrimoine dormant. En revanche la valeur des contrats d'assurance-vie, qui relèvent du patrimoine dormant, doit être déclarée

4-AUTRES REVENUS

>rente viagère à titre onéreux (pour vous prémunir de la dépendance) Oui Non

>pensions alimentaires..... Oui Non

Si oui, qui vous les verse ? Ex conjoint Descendant Autre (joindre le jugement)

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e), agissant en mon nom propre
 en ma qualité de représentant de M. / Mme

certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus fournis dans le cadre d'une demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) à domicile.

DISPOSITIONS RELATIVES A LA LOI DU 6 JANVIER 1978

Les traitements relatifs à cette demande sont informatisés. Ils sont soumis aux dispositions de la loi Informatique et libertés du 6 janvier 1978, modifiée en 2004, qui protège les droits et libertés individuels.

Toute personne peut obtenir communication et, le cas échéant, rectification ou suppression des informations la concernant, en adressant un courrier au Conseil Départemental de Meurthe-et-Moselle, à l'attention de Madame la directrice de l'Autonomie.

Fait à..... le.....

Nom, prénom et signature du demandeur
 ou de son représentant (précisez la qualité).

ANNEXE 1

À remplir par le médecin traitant

Si l'utilisateur sollicite une carte mobilité inclusion (CMI).

Dans le cas contraire, le certificat est facultatif.

CERTIFICAT MÉDICAL

Ce document sera traité par les services départementaux dans les règles de la confidentialité

Déficiences des fonctions supérieures

Troubles de la mémoire Oui Non Troubles du comportement Oui Non
Troubles de la communication Oui Non

Déficiences fonctionnelles

Troubles sur l'hémicorps gauche Oui Non Troubles sur l'hémicorps droit .. Oui Non
Périmètre de marche (en mètres) :

Aides techniques nécessaires

Canne(s)/béquilles Fauteuil roulant électrique Déambulateur
 Prothèse de membre inférieur Fauteuil roulant manuel

Déficiences sensorielles

Troubles de la vision Oui Non
 Lunettes Télé agrandisseur Loupe
 Terminal/braille Logiciel basse vision

Troubles de l'audition

..... Oui Non
 Appareil auditif oreille gauche Appareil auditif oreille droite Implant

Déficiences des fonctions digestives

Troubles de la prise alimentaire (perte d'appétit, fausses routes...) Oui Non
 Présence d'une sonde d'alimentation

Déficiences liées à l'élimination

Troubles de l'élimination urinaire Oui Non
Troubles de l'élimination fécale Oui Non
 Protections Sonde urinaire Poche de stomie

Autres

Besoin d'assistance respiratoire Oui Non
 Oxygénothérapie Présence d'une trachéotomie
 Autre appareil de ventilation (préciser) :

Traitement médical Oui Non
 Plus de 5 médicaments différents Préparation seul(e) Prise seul(e)

Pathologies évolutives chroniques Oui Non

Fait à le

Signature et cachet du médecin traitant

ANNEXE 2 *À remplir par le demandeur ou son représentant s'il le souhaite*

DÉCLARATION DU OU DES PROCHEs AIDANTS

Ce volet du dossier de demande vise à apporter des premières informations sur les personnes de votre famille ou de votre entourage amical ou de voisinage qui vous apportent une aide dans la vie quotidienne, qu'on dénommera « aidants » pour l'attribution éventuelle d'aide au répit.

Au-delà de deux personnes, merci de compléter une seconde déclaration.

COORDONNÉES	DE LA 1 ^{ÈRE} PERSONNE AIDANTE	DE LA 2 ^{ÈME} PERSONNE AIDANTE
Nom - Prénom		
Âge		
Adresse		
Téléphone fixe		
Téléphone portable		
Adresse E-mail (facultatif)		
Lien avec le demandeur		
Nature de l'aide apportée (1)		
Durée et périodicité de cette aide (2)		

(1) : Nature de l'aide apportée (ex : accompagnement dans les déplacements à l'extérieur de votre domicile, courses...).

(2) : Durée et périodicité approximatives de cette aide pour une journée, une semaine ou un mois (selon ce qui vous paraît le plus pertinent).

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e), agissant

en mon nom propre

en ma qualité de représentant de M. / Mme

certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus fournis dans le cadre d'une demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) à domicile.

DISPOSITIONS RELATIVES A LA LOI DU 6 JANVIER 1978

Les traitements relatifs à cette demande sont informatisés. Ils sont soumis aux dispositions de la loi *Informatique et libertés* du 6 janvier 1978, modifiée en 2004, qui protège les droits et libertés individuels.

Toute personne peut obtenir communication et, le cas échéant, rectification ou suppression des informations la concernant, en adressant un courrier au Conseil Départemental de Meurthe-et-Moselle, à l'attention de Madame la directrice de l'Autonomie.

Fait à..... le

Nom, prénom et signature du demandeur

ou de son représentant (précisez la qualité)

ANNEXE 3 *À remplir par le demandeur ou son représentant s'il le souhaite*

DEMANDE SIMPLIFIÉE D'UNE CARTE MOBILITÉ INCLUSION (CMI)

(Article L.241-3 du Code de l'action sociale et des familles)

Si l'APA vous est accordée au titre du GIR 1 ou 2, vous pouvez bénéficier sans autre condition et à titre définitif de la CMI comportant les **mentions Invalidité et Stationnement**.

Souhaitez-vous bénéficier de la CMI avec mention Invalidité Oui Non

Souhaitez-vous bénéficier de la CMI avec mention Stationnement Oui Non

Si vous êtes évalué en GIR 3, 4, 5 ou 6, l'équipe médico-sociale peut apprécier si votre situation justifie l'attribution des **mentions Priorité et/ou Stationnement** de la CMI.

Souhaitez-vous bénéficier de la CMI avec mention Priorité Oui Non

Souhaitez-vous bénéficier de la de la CMI avec mention Stationnement Oui Non

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e), agissant

en mon nom propre

en ma qualité de représentant de M. / Mme

certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus fournis dans le cadre d'une demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) à domicile.

DISPOSITIONS RELATIVES A LA LOI DU 6 JANVIER 1978

Les traitements relatifs à cette demande sont informatisés. Ils sont soumis aux dispositions de la loi Informatique et libertés du 6 janvier 1978, modifiée en 2004, qui protège les droits et libertés individuels.

Toute personne peut obtenir communication et, le cas échéant, rectification ou suppression des informations la concernant, en adressant un courrier au Conseil Départemental de Meurthe-et-Moselle, à l'attention de Madame la directrice de l'Autonomie.

Fait à le

Nom, prénom et signature du demandeur

ou de son représentant (précisez la qualité).

LISTE DES PIÈCES À FOURNIR

- Une photocopie du livret de famille ou de la carte d'identité ou du passeport de la communauté européenne ou un extrait de naissance.
- Demandeur de nationalité étrangère : la photocopie de la carte de séjour temporaire, ou carte de séjour « compétences et talents » pour les salariés, ou carte de séjour retraité, ou carte de résident, ou attestation de délivrance, ou renouvellement du titre de séjour, ou attestation de demande d'asile, ou attestation provisoire de séjour, ou récépissé de demande de titre de séjour avec mention éventuelle : reconnu réfugié.
- Une photocopie intégrale du dernier avis d'imposition ou de non imposition sur le revenu (en cas de décès du conjoint joindre les deux situations partielles avant et après veuvage).
- Une photocopie de toute pièce justificative des biens ou capitaux relevant du patrimoine dormant : dernier relevé de la taxe foncière sur toutes les propriétés bâties et non bâties (autre que résidence principale), relevé annuel d'assurance vie. En cas d'exonération, joindre un relevé de propriétés à solliciter auprès de votre centre des impôts.
- Un relevé d'identité bancaire ou postal du compte courant au nom du demandeur ou du tuteur.
- Le certificat médical Annexe 1 (obligatoire si demande CMI).
- La déclaration du ou des proches aidants Annexe 2 (si besoin).
- La demande simplifiée de carte de mobilité inclusion Annexe 3 (si besoin).