

DOSSIER DE DEMANDE APA

ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE

SOLIDARITÉS ET
AUTONOMIE
DES PERSONNES



www.deux-sevres.fr

à Domicile en Établissement en Famille d'Accueil Agréée
S'agit-il d'une demande d'APA pour le couple ? OUI NON

DEMANDEUR (bénéficiaire éventuel)	
<input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> Madame	
Nom	
Nom de jeune fille	
Prénom(s)	
Adresse actuelle	
Canton	
N° téléphone	<input type="text"/>

Droit 1	<input type="text"/>
Droit 2	<input type="text"/>
Droit 3	<input type="text"/>
Droit 4	<input type="text"/>
Droit 5	<input type="text"/>

CONJOINT (ou concubin ou personne ayant conclu un PACS)	
<input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> Madame	
Nom	
Nom de jeune fille	
Prénom(s)	
Adresse actuelle (si différente)	
Canton (si différent)	
N° téléphone	<input type="text"/>

N° de dossier :

Je certifie sur l'honneur l'exactitude de tous les renseignements figurant sur le présent dossier et m'engage à signaler au Département toute modification de ma situation (état de santé, ressources, patrimoine, capitaux,...).

Je suis informé(e) qu'en cas de fraude, de fausse déclaration ou d'omission, je m'expose à des poursuites judiciaires ainsi qu'au remboursement des prestations indûment perçues et je m'engage à fournir toutes les pièces justificatives demandées.

Le

À

Signature de l'intéressé
ou de son représentant légal

Partie administrative à remplir par le demandeur lors de la visite

Je certifie avoir reçu la visite d'un membre de l'équipe médico-sociale du Département dans le cadre de l'instruction de mon dossier d'APA.

Le

À

Signature de l'intéressé
ou de son représentant légal

DÉPARTEMENT DES DEUX-SÈVRES

Direction des Solidarités
et de l'Autonomie des Personnes
74, rue Alsace Lorraine
CS 58880
79028 NIORT Cedex
Tél : 05 49 06 79 79
www.deux-sevres.fr

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 les 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 et de rectification des informations nominatives stockées ou traitées informatiquement.



GRILLE AGGIR - ÉTABLISSEMENT

Département des Deux-Sèvres
74, rue Alsace Lorraine - CS 58880 - 79028 NIORT Cedex
Tél. : 05 49 06 79 79 - www.deux-sevres.fr

SOLIDARITÉS ET
AUTONOMIE
DES PERSONNES



Nom et adresse de l'établissement :

Nom de naissance : Épouse : Prénom.....

Date de naissance : / /

Entourer la lettre
correspondante

COHÉRENCE	Converser et/ou se comporter de façon logique et sensée.	A	B	C
ORIENTATION	Se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux.	A	B	C
TOILETTE	HAUT : assurer son hygiène corporelle - visage, tronc, membres supérieurs, mains, rasage, (dos exclu).	A	B	C
	BAS : régions intimes, membres inférieurs (non compris les ongles et les orteils).	A	B	C
HABILLAGE	HAUT : passer des vêtements par la tête et/ou les bras.	A	B	C
	MOYEN : boutonner, mettre une fermeture éclair, des pressions, une ceinture ou des bretelles.	A	B	C
	BAS : passer des vêtements par le bas du corps, y compris les chaussettes, les bas et les chaussures.	A	B	C
ALIMENTATION	SE SERVIR : couper la viande, peler un fruit, remplir son verre, ouvrir un pot de yaourt.	A	B	C
	MANGER : porter les aliments et les boissons à sa bouche et les avaler.	A	B	C
ÉLIMINATION	URINAIRE : assurer l'hygiène de l'élimination urinaire. (ex : modalité A : personnes qui assure seule correctement son hygiène de l'élimination malgré les fuites urinaires)	A	B	C
	FÉCALE : assurer l'hygiène de l'élimination fécale.	A	B	C
TRANSFERTS	(ex : modalité B : si la personne se couche seule, mais ne se lève pas seule ou inversement. Si le transfert lit/fauteuil est effectué mais pas le transfert assis/debout)	A	B	C
DÉPLACEMENTS À L'INTÉRIEUR	Il n'est pas tenu compte de l'usage de cannes, de déambulateur, de fauteuil roulant par la personne. (ex : modalité A : personne se déplaçant en fauteuil roulant dans son lieu de vie)	A	B	C

A = Fait seul totalement, habituellement, correctement

B = Fait partiellement

C = Ne fait pas

GROUPE ISO-RESSOURCE

Date :
Signature et cachet du Médecin

Date :
Signature du responsable de l'équipe
soignante :

RELEVÉ DES CAPITAUX PLACÉS ET DES INTÉRÊTS PERCUS OU CAPITALISÉS, IMPOSABLES OU NON, POUR L'ENSEMBLE DU FOYER

APA

ALLOCATION PERSONNALISÉE
D'AUTONOMIE

SOLIDARITÉS ET
AUTONOMIE
DES PERSONNES



www.deux-sevres.fr

PRODUITS	MONTANT DU CAPITAL à la date de la signature du relevé			INTÉRÊTS PERCUS OU CAPITALISÉS (de l'année écoulée)		
	Demandeur	Conjoint	Compte joint	Demandeur	Conjoint	Compte joint
Compte courant *						
Épargne assurance vie *						
Bons de capitalisation *						
Obligations - Actions *						
Livret d'épargne						
Compte Épargne Logement						
Livret d'épargne Populaire						
CODEVI ou livret de développement durable						
SICAV et Fonds communs de placement						
Bons anonymes (bons du Trésor, bons d'épargne, bons de caisse)						
Livret ou Plan d'épargne logement						
Autres (à préciser)						

* Pour votre information, seuls ces produits seront pris en compte pour calculer votre taux de participation.

Signatures au verso

Je soussigné(e) Madame, Monsieur

.....

Adresse

.....

.....

autorise les organismes bancaires et financiers à fournir tous les renseignements utiles sur le montant des capitaux placés et des produits d'épargne.

Le

À

Signature

Visa de l'établissement bancaire ou de l'organisme financier

J'atteste que Madame, Monsieur

.....

n'a pas, à ce jour, dans notre établissement, d'autres formes d'épargne que celles indiquées au recto (toutes les formes d'épargne doivent être déclarées y compris les assurances-vie).

Le

À

Signature et cachet de l'organisme

Attestation sur l'honneur

Je soussigné(e), Madame, Monsieur

né(e) le

Adresse

.....

➤ m'engage à transmettre tout justificatif de placement financier ou d'assurance-vie n'apparaissant pas sur cette (ces) attestation(s) ;

➤ certifie l'exactitude des renseignements indiqués ci-dessus et d'avoir remis ce formulaire à tous les organismes financiers concernés.

Le

À

Signature

LISTE DES PIÈCES À JOINDRE OBLIGATOIREMENT AU DOSSIER DANS LE CADRE D'UNE DEMANDE D'APA



Si vous refusez de transmettre l'une des pièces justificatives, votre dossier fera l'objet d'un rejet administratif.

En cas de fraude, de fausse déclaration ou d'omission, le demandeur s'expose à des poursuites judiciaires ainsi qu'au remboursement des prestations indûment perçues.

POUR UNE DEMANDE D'APA À DOMICILE

- pour une première demande d'APA à domicile

- le dossier APA joint **intégralement rempli et signé**
- une copie du livret de famille, ou de la carte d'identité ou extrait d'acte de naissance ou passeport. S'il s'agit d'un demandeur de nationalité étrangère, fournir la photocopie de la carte de résidence ou du titre de séjour en cours de validité.
- la copie du dernier avis d'imposition ou de non imposition sur le revenu concernant le demandeur, son conjoint, son concubin ou la personne avec qui il a été conclu un pacte civil de solidarité (PACS)
- le(s) relevé(s) des capitaux placés imposables ou non imposables, signé(s) par les établissements bancaires ou compagnies d'assurances, dans lesquelles des comptes sont ouverts au nom du demandeur ou de son conjoint (contrat d'assurance-vie inclus)
- une copie du dernier relevé des taxes foncières sur les propriétés bâties ou non bâties, pour tous les biens immobiliers appartenant au demandeur
- un relevé d'identité bancaire ou postal (RIB ou RIP). Ce relevé doit être celui du demandeur (bénéficiaire éventuel) et non celui d'un parent.
- une copie du jugement désignant un tuteur ou curateur chargé de représenter le demandeur, le cas échéant

Facultatif pour l'APA à domicile :

- le certificat médical de chaque demandeur joint au dossier est à faire remplir par le médecin traitant et à retourner sous pli fermé au médecin territorial. Cela n'est pas obligatoire mais permettra un traitement plus rapide de votre dossier.

- pour un renouvellement/révision d'APA à domicile

- Le dossier de demande de renouvellement/révision
- le certificat médical de chaque demandeur joint au dossier est à faire remplir par le médecin traitant et à retourner sous pli fermé au médecin territorial. Cela n'est pas obligatoire mais permettra un traitement plus rapide de votre dossier.

POUR UNE DEMANDE D'APA EN ÉTABLISSEMENT :

Pièces identiques à celles demandées dans le cadre d'une première demande d'APA à domicile + compléments suivants

- le bulletin d'entrée en établissement
- la grille d'évaluation AGGIR établie par le médecin coordonnateur de l'établissement
- l'arrêté de tarification de l'établissement pour les personnes hébergées hors Deux-Sèvres