

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 :

1 Informations relatives au foyer

DEMANDEUR	CONJOINT, PARTENAIRE PACSÉ OU CONCUBIN
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Nom de jeune fille :	Nom de jeune fille :
Date de naissance : <input type="text"/>	Date de naissance : <input type="text"/>
Nationalité :	Nationalité :
N° Sécurité Sociale : <input type="text"/>	N° Sécurité Sociale : <input type="text"/>
Date d'arrivée en France (pour les étrangers) :	Date d'arrivée en France (pour les étrangers) :
Situation de famille :	Situation de famille :
Nom, adresse et téléphone de la personne de votre choix à contacter :	
Nom et téléphone du Médecin traitant : Dr Tel : <input type="text"/>	

2 Mesure de protection

Mentionner le cas échéant, l'existence d'une mesure de protection juridique (joindre une copie du jugement)

Sauvegarde de justice
 Curatelle
 Tutelle

Nom et adresse du tuteur ou de l'association chargée de la mesure :

.....

.....

3 Résidences

Pour les demandes en établissement, préciser si l'adresse indiquée en 1 ^{re} page, correspond :		
à un établissement d'hébergement pour personnes âgées	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Date d'arrivée <input type="text"/>
au domicile d'une famille d'accueil (dans le cadre de la loi du 10 juillet 1989)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Date d'arrivée <input type="text"/>
à un foyer logement	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Date d'arrivée <input type="text"/>

DOMICILE DE SECOURS	Adresse	Date d'arrivée	Date de départ
(dernière adresse de lieu de résidence de plus de 3 mois avant la première entrée en établissement sanitaire, social, médico-social ou famille d'accueil)		<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>	<input type="text"/>

Si la demande est faite en prévision d'un retour après hospitalisation, préciser la date de retour au domicile :

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.



FICHE À REMPLIR POUR UNE DEMANDE APA à domicile

ALLOCATION PERSONNALISÉE
D'AUTONOMIE

SOLIDARITÉS ET
AUTONOMIE
DES PERSONNES



www.deux-sevres.fr

Merci de compléter une fiche par demandeur

DEMANDEUR (bénéficiaire éventuel)		CONJOINT (ou concubin, ou personne ayant conclu un PACS)																	
<input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> Madame		<input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> Madame																	
Nom		Nom																	
Nom de jeune fille		Nom de jeune fille																	
Prénom(s)		Prénom(s)																	
Date de naissance	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>									Date de naissance	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>								

1 Actuellement vous êtes aidé(e) pour :

Transferts (cochez les cases ci-dessous)

se lever se coucher

Une aide à la toilette : OUI NON Nombre de fois par semaine :

Une aide à l'habillage : OUI NON

matin soir

Autres aides directes à la personne :

.....

Merci de nous préciser qui vous aide :

Conjoint Famille Service d'aide à domicile (précisez le nom) :

Emploi privé Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD)

Hospitalisation A Domicile (HAD) Autres (précisez) :

.....

Votre aide est financée actuellement :

par vous-même par le RSI par la MSA par la CARSAT

autres (précisez)

Votre conjoint bénéficie-t-il d'une prise en charge Aide ménagère ? OUI NON

Si OUI, précisez l'organisme financeur :

2 Renseignements complémentaires

Votre perte d'autonomie est-elle consécutive à un accident ? OUI NON
Si OUI, y a-t-il eu indemnisation ou une demande en recours ? OUI NON
(Joindre, le cas échéant, la copie du jugement ou du PV d'indemnisation)

Avez-vous actuellement des frais pour l'achat de protections ? OUI NON

Avez-vous souscrit un contrat d'assurance dépendance ? OUI NON
Si OUI, merci de transmettre une copie du contrat.

Utilisez-vous des aides techniques au quotidien ? OUI NON
(ex : déambulateur, barres d'appui, lit médicalisé)

Si OUI, précisez lesquelles :
.....
.....
.....

Vous demandez l'APA pour :

Transferts (cochez les cases ci-dessous)
 se lever se coucher

Une aide à la toilette : OUI NON Nombre de fois par semaine :

Une aide à l'habillage : OUI NON
 matin soir

Autres aides directes à la personne :
.....

Une prise en charge des frais de dépendance lors d'un séjour temporaire en établissement.

Une aide au règlement des frais d'accueil de jour au sein d'un établissement.

Autres, (précisez) :
.....
.....
.....

CERTIFICAT MÉDICAL CONFIDENTIEL DESTINÉ AU MÉDECIN DE L'AIDE SOCIALE

ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE

PERSONNE ÂGÉE

SOLIDARITÉS ET
AUTONOMIE
DES PERSONNES



www.deux-sevres.fr

Nom :
Prénom :
né(e) le :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Âge : ans
Adresse :
.....

CADRE DE VIE

seul en couple en famille
autre Préciser :
structure Préciser (type d'établissement et lieu)
.....

AIDES EXISTANTES

1 : Type d'aides apportées :
2 : Quantité d'aides apportées (volume horaire mensuel) :
3 : Nature des intervenants :

NATURE DES AFFECTIONS À L'ORIGINE DE LA PERTE D'AUTONOMIE

1 : date d'apparition

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2 : date d'apparition

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3 : date d'apparition

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

HOSPITALISATIONS RÉCENTES

oui non

Si oui, remplir le tableau ci-dessous

Dates et durées	Causes	Lieux	Services hospitaliers

ANTÉCÉDENTS

médicaux :

chirurgicaux :

traitements en cours :

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

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

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

DESCRIPTION DES AFFECTIONS INVALIDANTES

Taille : cm Poids : kg Amaigrissement récent : oui non

AFFECTIONS INVALIDANTES DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR

1 : localisation : étiologie : handicap occasionné :
.....

2 : localisation : étiologie : handicap occasionné :
.....

3 : localisation : étiologie : handicap occasionné :
.....

Interventions chirurgicales sur appareil locomoteur :

appareillage éventuel : cannes anglaises déambulateur fauteuil roulant

autres :

DEFICIENCES PSYCHIQUES ET COGNITIVES

1 : troubles cognitifs : oui non Si oui, MMS :/30 étiologie :

retentissement sur la vie quotidienne : modéré majeur

degré d'évolutivité : lent rapide

2 : troubles du comportement : oui non Si oui, agressivité fugues

déambulation passivité, apathie état anxio-dépressif autres :
.....

3 : autres pathologies psychiatriques : oui non Si oui, préciser :
.....

AFFECTIONS INVALIDANTES D'ORIGINE NEUROLOGIQUE

1 : A.V.C handicap occasionné :

2 : Syndrome Parkinsonien handicap occasionné :

3 : Épilepsie Séquelles occasionnées éventuelles :

4 : Autres pathologies neurologiques préciser :

handicap occasionné :

AFFECTIONS SENSORIELLES INVALIDANTES

- 1 : Affections ophtalmologiques** : oui non Si oui, étiologie :
..... Acuité visuelle : OD : /10 OG : /10
Atteinte de la vision centrale : oui non
Si oui, vision centrale < 1/20 de la normale vision centrale > 1/20 de la normale
- 2 : Affections auditives** : oui non Si oui, nature de l'atteinte :
.....
Appareillage : oui non
- 3 : Affections du langage** : oui non Si oui, préciser :

AFFECTIONS CARDIO-RESPIRATOIRES

- 1 : Affections cardio-vasculaires** : oui non
Si oui, préciser :
- 2 : Affections pleuro-pulmonaires** : oui non
Si oui, préciser :
- 3 : Oxygénothérapie** : oui non Si oui : débit : L/min durée : /24h
- 4 : Conséquences fonctionnelles** :
Activité non limitée
Dyspnée d'effort non invalidante pour les actes de la vie quotidienne
Dyspnée au moindre effort Dyspnée de repos

AUTRES AFFECTIONS

- 1 : Affections digestives** : oui non Si oui, préciser :
- 2 : Affections uro-génitales** : oui non Si oui, préciser :
- 3 : Affections métaboliques** : oui non Si oui, préciser :
.....
- 4 : Autres, préciser** :

PRONOSTIC D'ÉVOLUTION

- stabilité amélioration si oui, délai estimé :
- dégradation Si oui, rapide progressive

COMMENTAIRES ET CONCLUSIONS :

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

ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE

Évaluation des activités effectuées par la personne seule sans aide humaine. Les aides matérielles sont considérées comme faisant partie de la personne (fauteuil roulant, déambulateur, prothèse...).

ACTIVITÉ	A, B OU C
Transfert	
se lever, se coucher, s'asseoir	
Déplacement à l'intérieur	
se déplacer à l'intérieur du lieu de vie jusqu'à la porte d'entrée sur la rue (coder B si déambulation)	
Toilette : assurer son hygiène corporelle	
Haut > coiffage, rasage, visage, tronc, membres supérieurs	
Bas > régions intimes, membres inférieurs, pieds	
Élimination : assurer l'hygiène et non la maîtrise de l'élimination	
Urinaire > assurer l'hygiène de l'élimination urinaire	
Fécale > assurer l'hygiène de l'élimination fécale	
Habillage : s'habiller, se déshabiller, se présenter	
Haut > vêtements passés par les bras et/ou la tête	
Moyen > fermeture des vêtements, boutonnage, ceinture bretelles, fermeture éclair, pression	
Bas > vêtements passés par les pieds y compris les bas, les chaussettes et les chaussures	
Alimentation	
Se servir > couper la viande, se servir à boire, peler un fruit, ouvrir une capsule...	
Manger > manger des aliments préparés, les porter à la bouche, avaler sans fausse route	
Alerter	
Utiliser un moyen de communication à distance dans le but d'alerter en cas de besoin	
Déplacement à l'extérieur	
Se déplacer à l'extérieur du lieu de vie en franchissant la porte d'entrée sur la rue	
Orientation	
Orientation dans le temps	
Orientation dans l'espace	
Cohérence : communiquer, agir et se comporter de façon logique et sensée	
Communication	
Comportement	

GUIDE DE REMPLISSAGE
Coder A
s'il fait seul : <ul style="list-style-type: none"> • spontanément • et totalement • et correctement • et habituellement
Coder B
s'il ne fait pas <ul style="list-style-type: none"> • spontanément • et/ou totalement • et/ou correctement • et/ou habituellement
Coder C
s'il ne fait pas <ul style="list-style-type: none"> • s'il faut faire à sa place • ou faire faire • ou tout faire
Spontanément : sans avoir à lui dire, à lui expliquer, à lui rappeler
Totalement : toute l'activité
Correctement : à bon escient et de façon adaptée aux possibilités
Habituellement : régulièrement dans le temps, chaque fois que nécessaire

Je soussigné(e), Docteur en médecine

Demeurant à.....

Certifie avoir examiné sur sa demande : M., Me, Melle

Présent certificat fait à la demande de l'intéressé(e) et remis en main propre pour faire valoir ses droits.

Le / /

Signature :

**Cachet
indispensable**

NOTICE D'INFORMATION SUR L'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE

DEUX
SÈVRES
LE DÉPARTEMENT

79

www.deux-sevres.fr

● L'APA est un droit :

- **universel** car il concerne l'ensemble des personnes de 60 ans et plus, en perte d'autonomie, quel que soit leur revenu,
- **égal** car des montants de plans d'aide sont définis au niveau national,
- **personnalisé** car modulé en fonction des besoins, du degré de perte d'autonomie, des ressources du demandeur et de la qualification de la personne assurant l'aide auprès du bénéficiaire.

● Qui peut bénéficier de l'APA ?

- Toute personne de 60 ans ou plus justifiant d'une résidence stable et régulière en France.
- Toute personne ayant une perte d'autonomie équivalente aux GIR 1, 2, 3 ou 4 de la grille nationale AGGIR.

À domicile : le degré d'autonomie est déterminé par une équipe médico-sociale du Département (travailleur médico-social/médecin) lors d'une visite à domicile.

L'APA est destinée à la personne qui a besoin d'une assistance pour accomplir **les actes essentiels de la vie** (se lever, se laver, se vêtir, se nourrir, etc.) ou lorsque son état nécessite une surveillance régulière.

Pour votre information

L'APA n'est pas cumulable avec :

- l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP),
- la prestation de compensation du handicap (PCH),
- la majoration pour aide constante d'une tierce personne (MTP),
- l'aide ménagère prise en charge au titre de l'aide sociale départementale,
- l'aide ménagère versée par les organismes de retraite.

L'APA n'est pas soumise à condition de ressources, toutefois, une participation est laissée à la charge du bénéficiaire, calculée en fonction de ses revenus.

L'APA n'est pas récupérable sur la succession, la donation ou les legs.

LISTE DES PIÈCES À JOINDRE AU DOSSIER

dans le cadre d'une demande d'APA

- le dossier APA joint intégralement rempli et signé
- la 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
- un relevé d'identité bancaire (RIB) au nom du demandeur
- la copie du dernier avis d'imposition ou de non imposition sur le revenu concernant le demandeur (toutes les pages) ainsi que celui du conjoint, son concubin ou partenaire PACS (Pacte civil de solidarité)
- le certificat médical joint au dossier est à faire remplir par le médecin traitant et à retourner sous pli fermé au médecin territorial. Cette pièce n'est pas obligatoire mais elle permettra un traitement plus rapide de votre dossier

Si le demandeur est concerné :

- si le demandeur est propriétaire de biens immobiliers (maison, appartement, terrain) qui ne sont pas mis en location, joindre une copie du dernier avis des taxes foncières correspondant à chacun de ces biens
- la copie du jugement de la mesure de protection

Compléments à joindre au dossier pour les demandes d'APA en établissement :

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

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.

DÉPARTEMENT DES DEUX-SÈVRES

Direction de l'Autonomie
Service maintien à domicile
74, rue Alsace Lorraine
CS 58880 - 79028 NIORT Cedex



**Le Département
à votre service**
www.deux-sevres.fr