

# DOSSIER POUR RENOUVELLEMENT / RÉVISION

## APA À DOMICILE

ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE



[www.deux-sevres.fr](http://www.deux-sevres.fr)

### Merci de compléter une fiche par demandeur

<b>DEMANDEUR</b> (bénéficiaire éventuel) <input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> Madame		<b>CONJOINT</b> (ou concubin, ou personne ayant conclu un PACS) <input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> Madame	
Nom		Nom	
Nom de jeune fille		Nom de jeune fille	
Prénom(s)		Prénom(s)	
Adresse actuelle		Adresse actuelle	

### 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 à Domicile (HAD)  Autres (précisez) : .....

Financez-vous des heures supplémentaires ou d'autres aides  OUI  NON  
Si OUI, précisez la nature des aides et le nombre d'heures effectuées : .....

Votre conjoint bénéficie-t-il d'une prise en charge Aide ménagère ?  OUI  NON  
Si OUI, précisez l'organisme financeur : .....

## 2 Renseignements complémentaires

**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) : .....

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

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 de l'Autonomie  
74, rue Alsace Lorraine  
CS 58880 - 79028 NIORT Cedex  
Tél : 05 49 06 79 79



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

# CERTIFICAT MÉDICAL CONFIDENTIEL DESTINÉ AU MÉDECIN DE L'AIDE SOCIALE ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE

PERSONNE ÂGÉE

DEUX  
SÈVRES  
LE DÉPARTEMENT

79

[www.deux-sevres.fr](http://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

## 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 :

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

## 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 : .....

## 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
<b>Transfert</b>	
se lever, se coucher, s'asseoir	
<b>Déplacement à l'intérieur</b>	
se déplacer à l'intérieur du lieu de vie jusqu'à la porte d'entrée sur la rue (coder B si déambulation)	
<b>Toilette : assurer son hygiène corporelle</b>	
Haut > coiffage, rasage, visage, tronc, membres supérieurs	
Bas > régions intimes, membres inférieurs, pieds	
<b>Élimination : assurer l'hygiène et non la maîtrise de l'élimination</b>	
Urinaire > assurer l'hygiène de l'élimination urinaire	
Fécale > assurer l'hygiène de l'élimination fécale	
<b>Habillage : s'habiller, se déshabiller, se présenter</b>	
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	
<b>Alimentation</b>	
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	
<b>Alerter</b>	
Utiliser un moyen de communication à distance dans le but d'alerter en cas de besoin	
<b>Déplacement à l'extérieur</b>	
Se déplacer à l'extérieur du lieu de vie en franchissant la porte d'entrée sur la rue	
<b>Orientation</b>	
Orientation dans le temps	
Orientation dans l'espace	
<b>Cohérence : communiquer, agir et se comporter de façon logique et sensée</b>	
Communication	
Comportement	

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



**Le Département  
à votre service**

www.deux-sevres.fr



Chère consœur, cher confrère,

Votre patient(e) a fait une **demande de renouvellement ou de révision de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)**.

Vous avez déjà rempli un certificat médical lors d'une précédente demande d'APA.

Dans le cas où il n'y a **pas de modification significative de l'état de santé ou de la dépendance** de votre patient(e), depuis le dernier certificat que vous avez établi, **il n'est pas utile de remplir ce nouveau certificat** (voir **attestation simplifiée** ci-dessous).

Dans le cas où **il y a une modification de l'état de santé ou de la dépendance de votre patient(e)**, depuis l'établissement du dernier certificat, **un nouveau certificat devra être rempli**, pour une instruction complète de la demande.

Restant à votre disposition

Bien confraternellement,

Le Médecin Territorial  
Département des Deux-Sèvres  
Direction de l'Autonomie  
Service Maintien à Domicile

## ATTESTATION SIMPLIFIÉE

**Vous avez déjà rempli un certificat médical** lors d'une précédente demande d'APA auprès de nos services et il n'y a **pas de modification significative de l'état de santé ou de la dépendance** de votre patient(e) depuis le dernier certificat établi.

Nom : .....

Prénom(s) : .....

Date de naissance : .....

Dans ce cas, veuillez remplir cette **attestation simplifiée** :

Je certifie que, depuis mon précédent certificat établi le ....., il n'y a pas de modification significative de l'état de santé ou de la dépendance mon (ma) patient(e).

Date

Signature et cachet du médecin traitant

*Dans les autres cas : veuillez remplir un **nouveau certificat médical complet***

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

DEUX  
SÈVRES  
LE DÉPARTEMENT

79

 [www.deux-sevres.fr](http://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](http://www.deux-sevres.fr)