

Pôle Solidarités Sociales

Direction de l'Autonomie

APA A DOMICILE

Révision

1. Le dossier doit impérativement être rempli dans son intégralité et accompagné des pièces justificatives figurant en page 4. Tous les champs sont obligatoires.

2. En cas de dossier non rempli ou d'absence de pièces justificatives, le dossier d'Allocation Personnalisée d'Autonomie sera déclaré incomplet.

LE DEMANDEUR

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse du domicile :

.....

N° téléphone :

Mail :

PERSONNE A CONTACTER (autre que le demandeur)

NOM :

Prénom :

Adresse :

.....

N° téléphone :

Mail :

Lien de parenté :

Dossier à retourner daté et signé au :
Conseil Départemental du Puy-de-Dôme
Direction de l'Autonomie - Service Aide Sociale Prestations
24 rue Saint-Esprit
63033 CLERMONT-FERRAND cedex 1

LE DEMANDEUR

Si votre situation a changé depuis l'octroi de l'allocation personnalisée d'autonomie, veuillez préciser :

► **Changement de votre situation familiale :**

Veuf(ve) depuis le :

Divorcé(e) depuis le :

Marié(e) depuis le :

Concubin(e) depuis le :

Pacsé(e) depuis le :

► **Changement de domicile, indiquez la nouvelle adresse :**

Depuis le :

S'agit-il d'un :

Etablissement Famille d'accueil à titre onéreux Domicile d'un tiers (ami, famille)

► **Mise en place d'une mesure de protection juridique :** (joindre copie du jugement)

Sauvegarde de justice Tutelle Curatelle Mesure d'accompagnement social personnalisé

Depuis le :

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

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

► **Bénéficiez-vous actuellement :**

- d'une majoration pour aide constante d'une tierce personne	<input type="checkbox"/> OUI	} Joindre la copie de la décision	<input type="checkbox"/> NON
- de l'aide ménagère versée par les caisses de retraite	<input type="checkbox"/> OUI		<input type="checkbox"/> NON
- de la prestation de compensation du handicap	<input type="checkbox"/> OUI		<input type="checkbox"/> NON

NB : L'APA n'est cumulable avec aucune des prestations ci-dessus

LE(LA) CONJOINT(E), CONCUBIN(E), PACSE(E)

NOM et Prénom :

Date de naissance :

Est-il bénéficiaire de l'APA : OUI NON

Lieu de résidence du(de la) conjoint(e), concubin(e) ou pacsé(e) si différent du demandeur :

Domicile Établissement Famille d'accueil à titre onéreux

N° Rue : Bâtiment :

Code Postal : Ville :

LES REVENUS ET LE PATRIMOINE DU FOYER: A remplir impérativement

► BIENS IMMOBILIERS (immeubles, terrains,...)

Nature	Adresse

En ce qui concerne votre logement, êtes-vous :

Propriétaire Usufructier Locataire Occupant à titre gratuit

Joindre copie de(s) taxe(s) foncière(s)

► COMPTE(S) COURANT(S), CAPITAUX MOBILIERS, EPARGNE, ASSURANCE(S) VIE

Nature	Demandeur		Conjoint(e), Concubin(e), Pacsé(e)	
	Montant	Nom de la/les banque(s)	Montant	Nom de la/les banque(s)
Compte courant				
Livret(s) épargne				
Assurance(s) vie(s)				
Autres				

Si vous ne disposez d'aucun placement, cochez la case ci-contre

Dans tous les cas, joindre la/les attestation(s) de votre situation financière établie(s) par votre/vos établissement(s) bancaire(s) et/ou compagnie(s) d'assurance

DEMANDE DE CARTE MOBILITE INCLUSION (CMI)



Ne pas demander la/les CMI si vous êtes déjà titulaire d'une/des carte(s) équivalente(s) (carte invalidité, carte stationnement, carte priorité) accordée(s) à titre définitif ou arrivant à échéance au-delà de 6 mois.

Les conditions d'attribution de la CMI seront examinées par l'équipe médico-sociale lors de l'évaluation de votre degré de perte d'autonomie (GIR).

Souhaitez-vous bénéficier de la CMI-Priorité ?

Oui

Non

Souhaitez-vous bénéficier de la CMI-Stationnement ?

Oui

Non

Si l'APA vous est octroyé au titre du GIR 1 ou 2 (perte d'autonomie importante), vous pourrez bénéficier sans autre condition et à titre définitif de la CMI-Invalidité et CMI-Stationnement.

Souhaitez-vous bénéficier de cette disposition pour la carte CMI Invalidité?

Souhaitez-vous bénéficier de cette disposition pour la carte CMI Stationnement ?

Je m'engage à signaler toute modification concernant ma situation et celle de mon conjoint, ou concubin, ou pacsé.

Je soussigné(e),agissant en mon nom propre/en ma qualité de représentant (1) de..... certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus qui sont fournis dans le cadre d'une demande d'allocation personnalisée d'autonomie et autorise les services du Conseil départemental à transmettre ce dossier à ma caisse de retraite dans l'hypothèse où ma demande d'allocation personnalisée d'autonomie serait rejetée.

Je suis informé(e) que ma situation pourra éventuellement faire l'objet d'un examen en équipe pluridisciplinaire.

Date :/...../.....

Signature

LISTE DES PIECES JUSTIFICATIVES A JOINDRE AU DOSSIER DE DEMANDE

- * Certificat médical "APA" sous pli confidentiel.
- * Courrier détaillé justifiant la demande de révision.
- * Copie intégrale du dernier avis d'imposition ou de non-imposition à l'impôt sur le revenu du demandeur et du(de la)concubin(e) ou partenaire d'un pacs.
- * Copie recto-verso du dernier relevé de la taxe foncière sur les propriétés bâties et non bâties. A défaut, joindre un relevé de propriété.
- * Relevé détaillé de la situation financière du demandeur, de son conjoint(e), concubin(e) ou partenaire d'un pacs établi par son/ses établissements bancaires et/ou compagnie(s) d'assurance.

Article L 232.16 du Code de l'Action Sociale et des Familles

"Pour vérifier les déclarations des intéressés, les services de l'évaluation des droits à l'allocation personnalisée d'autonomie peuvent demander toutes les informations nécessaires aux administrations publiques, notamment aux administrations fiscales, aux collectivités territoriales, aux organismes de sécurité sociale et de retraite complémentaire qui sont tenus de les leur communiquer. (...)"

Article 1 135-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles

"Le fait de percevoir frauduleusement ou de tenter de percevoir frauduleusement des prestations au titre de l'aide sociale est puni des peines prévues par les articles 313-1, 313-7 et 313-8 du Code pénal" (notamment 5 ans d'emprisonnement et 375 000 €d'amende)

Selon la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001, le décret n° 2001-1085 du 20 novembre 2001, la loi n° 2003-289 du 31 mars 2003 et le Règlement départemental d'aide sociale, le Conseil départemental a la possibilité d'effectuer un contrôle de l'effectivité de la dépense de l'aide accordée.

Les informations recueillies dans ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par le Conseil départemental du Puy-de-de-Dôme. Vos informations personnelles permettent de traiter votre demande de révision d'Allocation Personnalisée d'Autonomie et de réaliser des études et des statistiques anonymes. Elles seront communiquées de manière partielle et adaptée à l'opérateur intervenant au domicile ou à l'établissement d'accueil pour les besoins de ses missions et seront conservées par le Département/Pôle Solidarités Sociales, Service Aide Sociale Prestation sur une période de 5 ans suivant la clôture de votre dossier.

Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données.

Pour toute demande adresser un courrier à : Monsieur le Président du Conseil départemental –Pôle Solidarités Sociales, Direction Autonomie: Hôtel du Département - 24 Rue St Esprit - 63033 Clermont-Ferrand Cedex 01.

En cas de réclamation, un courrier peut être envoyé au Délégué à la protection des données du Département, Département du Puy-De-Dôme, PAJS/24 rue St Esprit 63033 Clermont-Ferrand. Si vous n'êtes pas satisfait de notre réponse, vous pouvez vous adresser à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 place de Fontenoy, TSA 80715, 75334 PARIS cedex 07. Tel 0153732222

(1) Rayer la mention inutile

PERSONNE CONCERNEE

Civilité : Monsieur Madame

NOM de naissance
(suivi s'il y a lieu par le nom d'usage)

Prénom(s)

Date de naissance

ANTECEDENTS médicaux, chirurgicaux

PATHOLOGIES ACTUELLES

TRAITEMENTS EN COURS OU JOINDRE LES ORDONNANCES (nom des médicaments, posologie)

PERSPECTIVE D'EVOLUTION

SOINS PALLIATIFS OUI NON

CONDUITES A RISQUE

OUI	NON
-----	-----

Alcool		
Tabac		
Sevrage		

Taille

Poids

FONCTIONS SENSORIELLES OUI NON

Cécité
 Surdité

RISQUE DE FAUSSE ROUTE

OUI NON

REEDUCATION OUI NON

Kinésithérapie
 Orthophonie
 Autre (*préciser*)

Retentissement fonctionnel

Déplacement : périmètre de marche :

Modalités d'utilisation des aides techniques		Fréquence d'utilisation				
Cannes	<input type="checkbox"/> En intérieur <input type="checkbox"/> En extérieur	<table border="1" style="width: 100%; height: 100%;"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>				
Déambulateur	<input type="checkbox"/> En intérieur <input type="checkbox"/> En extérieur					
Fauteuil roulant manuel	<input type="checkbox"/> En intérieur <input type="checkbox"/> En extérieur					
Fauteuil roulant électrique	<input type="checkbox"/> En intérieur <input type="checkbox"/> En extérieur					

Ralentissement moteur : Oui Non
 Besoin de pauses : Oui Non

Besoin d'accompagnement pour les déplacements extérieurs : Oui Non

DONNEES SUR L'AUTONOMIE		A	B	C
Transfert				
Déplacements	A l'intérieur			
	A l'extérieur			
Toilette	Haut			
	Bas			
Hygiène de l'élimination	Urinaire			
	Fécale			
Habillage	Haut			
	Moyen			
	Bas			
Alimentation	Se servir			
	Manger			
Orientation	Temps			
	Espace			
Communication pour alerter				
Cohérence				

A : Fait seul les actes quotidiens : spontanément, et totalement, et habituellement, et correctement.

B : fait partiellement : non spontanément, et/ou partiellement, et/ou non habituellement, et/ou non correctement

C : ne fait pas : ni spontanément, ni totalement, ni habituellement, ni correctement

SOINS TECHNIQUES

	Oui	Non
Oxygénothérapie		
Sondes d'alimentation		
Sondes trachéolomie		
Sondes urinaire		
Gastrotomie		
Colostomie		
Urétérostomie		
Appareillage ventilatoire (CNAP, VNI...)		
Dialyse		

PANSEMENTS OU SOINS CUTANES	Oui	Non
Soins d'ulcère		
Soins d'escarres		

SYMPTOMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX	Oui	Non
Idées délirantes		
Hallucinations		
Agitations, agressivité (cris...)		
Dépression		
Anxiété		
Apathie		
Désinhibition		
Comportements moteurs aberrants (<i>dont déambulations pathologiques, gestes incessants, risque de sortie non accompagnées...</i>)		
Troubles du sommeil		

APPAREILLAGES

	Oui	Non
Lit médicalisé		
Matelas anti-escarres		
Orthèse		
Prothèse		
Pace-maker		
Autres (préciser)		

COMMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS EVENTUELLES (CONTEXTE, ASPECTS COGNITIFS,...)

MEDECIN QUI A RENSEIGNE LE DOSSIER (si différent du médecin traitant)

NOM

Prénom(s)

ADRESSE

N°Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/Ville

Date / /

Signature

Cachet du médecin

--