

N° de dossier :

Reçu le :

Cadre réservé aux services
départementaux

**DEMANDE DE REVISION
DE L'ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE A DOMICILE (APA)**

Formulaire réservé aux personnes bénéficiaires de l'APA à domicile

Je soussigné (e) (Nom/Prénom) :

Pour le compte du bénéficiaire de l'APA suivant :

Nom - Prénom :

Adresse :

Date de naissance : **Nationalité :**
(Pour les ressortissants hors UE, joindre un titre
de séjour en cours de validité)

Téléphone : **Portable :**

Courriel :

Agissant en ma qualité de :

- ☐ Bénéficiaire
- ☐ Tuteur, curateur, mandataire... (joindre le justificatif de la mesure de protection)
- ☐ Membre de la famille
- ☐ Autre (A préciser)

Sollicite une révision de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie au(x) motif(s) suivant(s) :

- ☐ **1- Changement de situation** (cochez ci-dessous la ou les case(s) correspondante(s))
 - ☐ **A/ Modification de la situation liée à un changement de domicile** (déménagement, entrée en Résidence Autonomie, en Résidence Séniors, accueil familial à titre onéreux, hébergement chez un tiers....)
Dans ce cas, précisez la nouvelle adresse :
.....
Date d'arrivée :

☐ **B/ Modification du Plan d'Aide**

☐ **Augmentation ou diminution du nombre d'heures d'aide à domicile**

☐ **Changement de service d'aide à domicile**

Dans ce cas, précisez l'identité du service :

☐ **Modification du mode d'intervention**

- ☐ Mise en place d'emploi direct (CESU) ou de mandataire
- ☐ Mise en place d'un service d'aide à domicile (prestataire)
- ☐ Passage d'emploi direct à service d'aide à domicile

☐ **Besoins supplémentaires**

- ☐ Télé-assistance
- ☐ Protections
- ☐ Portage de repas
- ☐ Prise en charge frais accueil de jour
- ☐ Matériel spécifique (aides techniques)
- ☐ Aménagement du logement

☐ **Demande de suppression d'éléments du plan d'aide (A préciser) :**

.....

☐ **2 – Aggravation de la perte d'autonomie**

❖ Si votre demande est liée à l'aggravation de votre perte d'autonomie, souhaitez-vous bénéficier de la Carte Mobilité Inclusion (CMI) comportant :

- ☐ La mention « invalidité » ☐ La mention « priorité » ☐ La mention « stationnement »

***Le certificat médical complété est obligatoire et doit être joint pour toute demande de CMI.
Ne pas demander la CMI si vous êtes déjà titulaire d'une carte accordée à titre définitif
ou arrivant à échéance au-delà des 6 mois***

Personne à contacter :

Fait à : Le :

Signature :

Ce document doit être conservé par le demandeur dans le cadre du dépôt d'un dossier APA ou d'aide Sociale

Les informations recueillies sur le formulaire que vous avez/allez compléter sont traitées par le Département du Puy-de-Dôme. Elles sont nécessaires à l'instruction de votre demande d'APA ou d'Aide sociale ainsi qu'à son suivi. Elles seront enregistrées dans un fichier informatisé par les agents instructeurs du service Aide Sociale Prestations.

Les modalités d'instruction des demandes d'APA et des demandes d'aide sociale sont prévues par le Code de l'Action Sociale et des familles, cette activité est réalisée par le Département dans le cadre d'une mission d'intérêt public. Eventuellement, vous pourrez être contacté pour participer à une étude facultative de besoins, de qualité de service. Vous pourrez également être destinataire d'informations ou de messages en lien avec la perte d'autonomie.

Les données collectées seront communiquées, dans la limite des éléments strictement nécessaires à la gestion du dossier, aux seuls destinataires suivants : agents habilités au sein des caisses de retraite, professionnels qui participent à la prise en charge du parcours de la personne âgée ou qui l'accompagnent (par exemple, établissements sociaux et médico-sociaux, services d'aide à domicile, éditeur de CESU préfinancés le cas échéant).

L'organisme gestionnaire de l'aide demandée peut également être amené à échanger des informations relatives à votre situation avec d'autres organismes, notamment l'administration fiscale, les organismes de sécurité sociale versant des prestations analogues, les collectivités territoriales et les organismes de recouvrement des cotisations sociales.

Les données strictement nécessaires à la gestion de la demande d'aide peuvent également, le cas échéant, être transmises au service instructeur par la Direction Générale des Finances Publiques.

Les données seront conservées par le Département pour une durée maximale de 5 ans à compter de la cessation des droits.

Pour ce traitement et conformément au cadre juridique en vigueur sur la protection des données personnelles (*), vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données. De même vous pouvez vous opposer au traitement de vos données (vous pouvez consulter le site cnil.fr pour plus d'informations sur vos droits).

Vos demandes sont à adresser soit par voie postale, à : Monsieur le Président du Conseil département du Puy-de-Dôme, - Pôle solidarités sociales, Direction de l'autonomie, 24 rue Saint-Esprit, 63033 CLERMONT-FERRAND Cedex 01 ; soit par courriel à : apa@puy-de-dome.fr. En cas de doute, des éléments prouvant votre identité sont susceptibles de vous être demandés afin d'être en mesure de répondre à votre demande. En cas de réclamation, un courrier peut être envoyé au Délégué à la protection des données du Département, Département du Puy-de-Dôme, 24 rue St Esprit 63033 Clermont-Ferrand. Dpo@puy-de-dome.fr Si vous estimez que le Département n'a pas fait réponse à vos droits, vous avez la possibilité de vous adresser à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy, 75007 Paris. www.cnil.fr

(*) Règlement EU 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 et Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018.