

DOSSIER DE DEMANDE APA

ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE



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 (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)	Adresse	Date d'arrivée	Date de départ
		<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

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.

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

GRILLE AGGIR - ÉTABLISSEMENT

DEUX
SÈVRES
LE DÉPARTEMENT

79

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 :

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

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