



Allocation personnalisée d'autonomie

Dossier à déposer auprès de votre mairie ou
du Centre Communal d'Action Sociale (CCAS)

Madame :

Nom marital : _____ Prénom : _____

Nom de naissance : _____ Date de naissance : ____ / ____ / ____

Monsieur :

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Demandeur :

Madame Monsieur Les deux

cocher la bonne case

Cadre réservé à l'administration

Date d'arrivée du dossier au service :

Date du dossier complet :

Dossier n°

**Renseignements complémentaires au Conseil général de l'Isère
auprès du service chargé de la gestion de l'APA :**

	Madame	Monsieur
Nom marital
Prénom(s)
Nom de naissance
Date de naissance
Lieu de naissance
Nationalité	<input type="checkbox"/> Française <input type="checkbox"/> Union européenne <input type="checkbox"/> Autre à préciser :	<input type="checkbox"/> Française <input type="checkbox"/> Union européenne <input type="checkbox"/> Autre à préciser :
Situation de famille	<input type="checkbox"/> Mariée <input type="checkbox"/> Divorcée <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Veuve <input type="checkbox"/> Pacs <input type="checkbox"/> Concubine	<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Veuf <input type="checkbox"/> Pacs <input type="checkbox"/> Concubin
Profession ou activité
Caisse de sécurité sociale
N° de sécurité sociale
Caisse de retraite principale
Adresse de cette dernière

Résidence actuelle : adresse actuelle ou adresse d'une personne ou d'un établissement vous accueillant.

Date d'arrivée	.....	.....
Adresse	.....	.....
Code postal	.....	.....
Commune	.....	.....
Téléphone	.....	.....

Domicile antérieur :

Date d'arrivée	.....	.....
Date de départ	.....	.....
Adresse	.....	.....
Code postal	.....	.....
Commune	.....	.....

Tuteur ou personne à contacter en vue de la visite à domicile ou en cas d'urgence

Nom et prénom : Lien avec le demandeur :

Adresse :

Téléphone :

Souhaitez-vous que les courriers soient adressés à cette personne ? Oui Non

Motif de la demande

Madame, vous avez constitué ce dossier dans le but de :

Bénéficiaire d'un plan d'aide dans le cadre de votre maintien à domicile.

Bénéficiaire d'une prise en charge du tarif "dépendance" facturé par un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Bénéficiaire d'une prise en charge de vos frais d'accueil familial.

Monsieur, vous avez constitué ce dossier dans le but de :

Bénéficiaire d'un plan d'aide dans le cadre de votre maintien à domicile.

Bénéficiaire d'une prise en charge du tarif "dépendance" facturé par un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Bénéficiaire d'une prise en charge de vos frais d'accueil familial.

Vous faites l'objet d'une mesure de protection juridique ou sociale (le cas échéant)

Madame	Monsieur
<input type="checkbox"/> Tutelle	<input type="checkbox"/> Tutelle
<input type="checkbox"/> Curatelle	<input type="checkbox"/> Curatelle
<input type="checkbox"/> Sauvegarde de justice	<input type="checkbox"/> Sauvegarde de justice
<input type="checkbox"/> Tutelle aux prestations sociales	<input type="checkbox"/> Tutelle aux prestations sociales

Autorisation de transmission du dossier

Le demandeur du présent dossier autorise le Président du Conseil général, en cas de rejet décidé par ce dernier, à transmettre directement sa demande à sa caisse de retraite principale.

Oui Non

Je certifie sur l'honneur l'exactitude de tous les renseignements figurants sur le présent dossier, avoir pris connaissance des sanctions encourues en cas de fausse déclaration et m'engage à fournir toutes les pièces justificatives qui me seraient demandées.

A, le

Signature :

Le maire soussigné certifie que les renseignements fournis ont fait l'objet d'une vérification par le C.C.A.S.

A, le

Signature du Maire et cachet :

Allocation personnalisée d'autonomie

Renseignements complémentaires

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 individuelles.

Conformément à l'article 27 de cette loi, les personnes auprès desquelles sont recueillies des 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 un dossier 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. Pour l'exercice de ce droit, il convient de vous adresser, selon la prestation dont vous bénéficiez, en justifiant de votre identité à : Monsieur le Président du Conseil général ou Monsieur le Président de l'organisme (celui qui vous sert l'avantage de retraite principal ou la pension si vous êtes titulaire) à l'adresse suivante : Conseil général de l'Isère, Direction de la santé et de la solidarité, 17-19 rue Cdt l'Herminier, 38022 GRENOBLE cedex 1, 04.76.00.38.38

Noms et prénoms : Madame :

Monsieur :

I- Autres aides éventuellement perçues

A- Aides non cumulables avec l'A.P.A. (Ces éléments sont nécessaires pour l'évaluation de l'allocation différentielle destinée à garantir le maintien d'un montant de prestation équivalent précédemment perçu).

Vous bénéficiez déjà :

M ^{me}	M ^r	Montants mensuels en Euros qui vous sont financés	
		M ^{me}	M ^r
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

B- Aides cumulables avec l'A.P.A.

Un certain nombre d'aides, non prises en compte dans vos ressources, peuvent être cumulable avec l'A.P.A.

A savoir : pensions alimentaires, concours financiers versés par les descendants, rentes viagères d'un organisme financier, prestations en nature dues au titre de l'assurance maladie, invalidité, de l'assurance du travail ou au titre de la couverture maladie universelle, allocation logement, prime de déménagement, indemnité en capital attribuée à la victime d'un accident du travail, prime de rééducation et prêt d'honneur, prise en charge des frais funéraires et capital décès servi par un régime de sécurité sociale.

II- Revenus et patrimoine

Afin de déterminer le montant de la participation prévue à l'article L.232-4 de la loi du 20 juillet 2001, l'évaluation des ressources du foyer (demandeur + conjoint ou concubin ou personne avec laquelle un PACS a été conclu) est nécessaire. La loi prévoit d'inclure dans celles-ci :

- 1-Les revenus figurant sur le dernier avis d'imposition ou de non-imposition,
- 2-Les revenus soumis au prélèvement libératoire,
- 3-Un pourcentage des valeurs locatives des propriétés ni exploitées, ni occupées,
Pour ces 3 différents types de ressources prises en compte, le justificatif correspondant est demandé dans la liste des pièces à fournir.

- 4-Un pourcentage de vos capitaux (compléter le tableau ci-dessous)

Nom et N° des comptes	Solde des comptes et placements financiers à la constitution du dossier

(livrets, Codevi, assurance-vie, plan d'épargne, ..., sans oublier les actions et obligations)

Précision nécessaire :

Dans le cas où votre avis d'imposition ou de non imposition mentionne des **rentes viagères**, merci de préciser si :

- le montant concerne des rentes périodiques suite à une vente en viager d'un bien.
- le montant concerne des rentes périodiques financées par un organisme financier (non prise en compte dans les ressources)

III- Renseignements sociaux
à remplir dans le cadre d'une demande à domicile

Avez-vous des contacts avec l'assistante sociale de votre secteur ? oui non

Si oui, préciser son nom et l'organisme dont elle dépend :

.....

De quels services bénéficiez-vous régulièrement ?

- Aide ménagère Soins infirmiers Portage de repas
- Auxiliaire de vie Kinésithérapie Blanchissage
- Garde de nuit Téléalarme S.O.S. dépannage
- Autres (préciser)

Préciser les coordonnées des services d'aide intervenants à domicile :

.....

.....

.....

Je certifie sur l'honneur l'exactitude de tous les renseignements figurants sur le présent dossier, avoir pris connaissance des sanctions encourues en cas de fausse déclaration et m'engage à fournir toutes les pièces justificatives qui me seraient demandées.

A, le

Signature :

Le maire soussigné certifie que les renseignements fournis ont fait l'objet d'une vérification par le C.C.A.S. Il atteste qu'à sa connaissance le demandeur ne possède aucune autre source de revenu.

A, le

Signature du Maire et cachet :

CERTIFICAT MEDICAL **allocation personnalisée d'autonomie**

Mon cher confrère,

Dans le cadre de la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001, et des décrets d'application y afférant, toute personne âgée de 60 ans et plus peut prétendre à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Afin d'évaluer la situation, le certificat médical ci-joint dûment rempli est à remettre à votre patient **sous pli confidentiel** afin qu'il le joigne à son dossier.

Pour permettre au médecin de l'équipe médico-sociale d'étudier la situation dans les délais les plus courts, il vous est demandé d'avoir l'obligeance de compléter les rubriques concernant votre patient et de remplir la grille d'évaluation de la dépendance (grille AGGIR).

Il est précisé que les éléments mentionnés dans ce certificat médical sont à destination des seuls médecins du Conseil général référents du dispositif APA garants de la confidentialité des éléments fournis.

Dans le cadre de la coordination de la prise en charge de la dépendance, un médecin du Conseil général est à votre disposition au 04 76 00 31 51.

◆ **ÉTAT CIVIL**

NOM _____ NOM DE JEUNE FILLE _____

Prénom _____ Date de naissance _____

Adresse _____

◆ **LES PATHOLOGIES NÉCESSITANT UNE SURVEILLANCE ET UN TRAITEMENT**

1 - _____ 2 - _____

3 - _____ 4 - _____

◆ **LE TRAITEMENT EN COURS**

Nature : _____

Tolérance (préciser les effets indésirables, notamment pour les psychotropes, la chimiothérapie, les immunosuppresseurs...) : _____

◆ **ÉVOLUTIVITÉ**

- Pathologie aiguë ou poussée évolutive d'une maladie chronique
- Pathologie chronique ou stabilisée
- Phase terminale d'une affection

DESCRIPTION DES DÉFICIENCES

◆ **LES DÉFICIENCES**

Déficiences des fonctions supérieures : oui non

- | | |
|--------------------------|---|
| Troubles mnésiques | <input type="checkbox"/> Mineurs |
| | <input type="checkbox"/> Majeurs |
| Troubles du comportement | <input type="checkbox"/> Apragmatisme |
| | <input type="checkbox"/> Agressivité |
| | <input type="checkbox"/> Hallucination |
| | <input type="checkbox"/> Fugues |
| | <input type="checkbox"/> Inversion des rythmes nycthémeraux |
| Troubles du psychisme | <input type="checkbox"/> Syndrome dépressif majeur |
| | <input type="checkbox"/> Syndrome de glissement |
| | <input type="checkbox"/> Refus de s'alimenter |
| | <input type="checkbox"/> Démence |

Autres (nécessitants par exemple un besoin de surveillance) : _____

Déficiences sensorielles :

- Audition _____
- Vision _____
- Troubles de l'équilibre _____

Amélioration possible oui non

Déficiences cardio-respiratoire :

- insuffisance cardiaque compensée oui non
- insuffisance respiratoire avec oxygénothérapie oui non
- retentissement fonctionnel (dyspnée d'effort) : _____

Déficiences de la sphère digestive (troubles de la déglutition, type d'alimentation, trouble du transit, troubles hépatiques, troubles pancréatiques...) : _____

- Incontinence fécale occasionnelle permanente

Déficiences de l'appareil locomoteur

- Préciser la localisation, le type de troubles, les signes neurologiques associés (moteurs, sensitifs, douloureux) : _____

- Préciser le risque de chutes : mineur majeur
- Préciser les aides techniques utilisées régulièrement :
 - canne simple fauteuil, garde robe
 - déambulateur lit médicalisé
 - fauteuil roulant lève malade
 - autres : _____

Déficiences diverses de la fonction urinaire, troubles de l'élimination (rétention, incontinence diurne ou nocturne, sonde, protection) : _____

- Dialyse Fréquence hebdomadaire : _____

Autres déficiences : (métaboliques : diabète, obésité ; immunitaires et hématopoïétiques) : _____

CONSÉQUENCES DES DÉFICIENCES

Autonomie :
A : fait seul, totalement, habituellement, correctement
B : fait partiellement, non habituellement, non correctement
C : ne fait pas

▪ COHÉRENCE : Converser et/ou se comporter de façon logique et sensée		<input type="checkbox"/>
▪ ORIENTATION : se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux		<input type="checkbox"/>
▪ TOILETTE : concerne l'hygiène corporelle	TOILETTE DU HAUT	<input type="checkbox"/>
	TOILETTE DU BAS	<input type="checkbox"/>
▪ HABILLAGE : s'habiller, se déshabiller, se préparer	HABILLAGE DU HAUT	<input type="checkbox"/>
	HABILLAGE MOYEN	<input type="checkbox"/>
	HABILLAGE BAS	<input type="checkbox"/>
▪ ALIMENTATION : manger les aliments préparés	SE SERVIR	<input type="checkbox"/>
	MANGER	<input type="checkbox"/>
▪ ELIMINATION : assumer l'hygiène de l'élimination	URINAIRE	<input type="checkbox"/>
	ANALE	<input type="checkbox"/>
▪ TRANSFERTS : se lever, se coucher, s'asseoir		<input type="checkbox"/>
▪ DEPLACEMENTS A L'INTERIEUR avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant		<input type="checkbox"/>
▪ DEPLACEMENTS A L'EXTERIEUR à partir de la porte d'entrée, sans moyen de transport		<input type="checkbox"/>
▪ COMMUNICATION A DISTANCE : utiliser les moyens de communication (téléphone, sonnette, alarme)		<input type="checkbox"/>

Si ce certificat médical est rédigé dans un projet de maintien à domicile :

1. Environnement

- soins infirmiers
- soins d'orthophonie
- soins de kinésithérapie
- hospitalisation à domicile
- accueil de jour
- autres

2. Pouvez-vous préciser si la situation vous semble :

- relativement simple
- difficilement prévisible
- très évolutive

A.....le.....
Signature du médecin (cachet)



Allocation personnalisée d'autonomie

Pièces à joindre au dossier

- **Certificat médical datant de moins de 3 mois (ci-joint), rempli par le médecin traitant.**
- **Photocopie de la carte d'identité ou du livret de famille ou extrait d'acte de naissance ou passeport de la Communauté européenne.**
- **Pour les étrangers, photocopie de la carte de résidence ou d'un titre de séjour.**
- **Photocopie, le cas échéant, de la mesure de protection dont vous faites l'objet.**
- **Photocopie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition.**
- **Photocopie de la dernière déclaration d'impôts sur le revenu.**
ou à défaut, photocopie des justificatifs qui vous ont été transmis par vos organismes de gestion bancaire mentionnant vos produits soumis à prélèvement libératoire au titre de l'année antérieure.
- **Photocopies des justificatifs concernant les autres aides éventuellement perçues.**
(voir partie I - A - de l'imprimé "Renseignements complémentaires")
- **Si vous êtes propriétaire, photocopie du dernier relevé de taxe foncière.**
En cas d'exonération, fournir le relevé cadastral de vos biens mentionnant leur revenu cadastral.
- **Relevé d'identité bancaire ou postal.**
- **Photocopie de l'attestation de votre Carte Vitale, afin de déterminer votre régime de sécurité sociale** *(possibilité de transmission de votre dossier à celui-ci, dans le cas d'un rejet).*
- **En cas de placement en établissement :**
 - en Isère : bulletin de présence,
 - hors Isère : arrêté du prix de journée à demander à votre établissement d'accueil.
- **En cas de placement en famille d'accueil agréée : fournir photocopie du contrat d'accueil mentionnant les rémunérations ; faire figurer les charges patronales.**