



Nom :

Prénom :

Commune :

## DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE

### LISTE DES PIÈCES JUSTIFICATIVES A JOINDRE IMPERATIVEMENT

- photocopie du livret de famille ou de la carte nationale d'identité ou d'un passeport de la Communauté européenne ou un extrait d'acte de naissance ; ou s'il s'agit d'un demandeur de nationalité étrangère, photocopie de la carte de résidence ou du titre de séjour
- relevé d'identité bancaire ou postal (norme SEPA) au nom du bénéficiaire
- photocopie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition sur le revenu

Pièces justificatives du patrimoine dormant (le cas échéant) :

- photocopie du dernier relevé de la taxe foncière sur les propriétés bâties et sur les propriétés non bâties
- photocopie du relevé annuel d'assurances-vie

**pour les personnes résidant à domicile** : certificat médical sous pli confidentiel

**pour les personnes résidant en établissement** : grille d'évaluation

ces documents peuvent être adressés séparément du dossier

#### 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 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Conformément à l'article 32 de cette loi, les personnes auprès desquelles sont recueillies des informations nominatives sont informées que :

1) Toutes les réponses aux différents questionnaires sont obligatoires (sauf \*). Un défaut de réponse entraînera des retards ou une impossibilité de 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.

Pour l'exercice de ce droit, il convient de vous adresser, en justifiant de votre identité,  
à M. le Président du Conseil départemental.

**A) RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DEMANDEUR :**

	<b>DEMANDEUR</b> (personne pour qui l'aide est demandée)	<b>CONJOINT</b> (conjoint, concubin, personne liée par PACS)
<b>NOM</b> (nom marital)		
<b>NOM de jeune fille</b>		
<b>Prénom(s)</b>		
<b>Date et lieu de naissance</b>		
<b>Situation familiale</b> célibataire, marié(e), divorcé(e), veuf(ve), concubin(e), personne liée par un pacte civil de solidarité		
<b>N° sécurité sociale</b>		
<b>Caisse de retraite principale</b>		

**\* Indiquer le nom du médecin traitant :**

<p style="text-align: center;"><b>Adresse actuelle du demandeur</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>Adresses précédentes complètes et dates exactes de départ et d'arrivée</b></p> <p>(ne remplir que si le demandeur réside en établissement ou en foyer logement, ou chez un particulier à titre onéreux, ou s'il réside à l'adresse actuelle depuis moins de trois mois)</p>
<p><b>Précisez s'il s'agit :</b></p> <p><input type="checkbox"/> du domicile</p> <p><input type="checkbox"/> d'un foyer logement</p> <p><input type="checkbox"/> de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées (<u>joindre un bulletin d'entrée</u>)</p> <p><input type="checkbox"/> de l'accueil par un particulier, à domicile et à titre onéreux, dans le cadre de la loi du 10 juillet 1989</p> <p><u>adresse :</u></p>	

**Adresse actuelle du conjoint si différente de celle du demandeur :**

**Mentionner si le demandeur fait l'objet d'une mesure de protection**

Sauvegarde de justice

Tutelle

Curatelle

Nom et adresse du représentant légal : .....  
(Joindre une copie du jugement de mesure de protection le cas échéant)

**B) REVENUS ET LE PATRIMOINE DORMANT:**

<b>RESSOURCES</b>	<b>DEMANDEUR</b>	<b>CONJOINT</b> (conjoint, concubin, personne liée par PACS)
<b>Revenu déclaré</b>  ( Détail des pensions )		
<b>Autres revenus</b> - revenus soumis au prélèvement libératoire, - revenus perçus de l'étranger		

<b>Biens immobiliers</b>	<b>DEMANDEUR</b>	<b>CONJOINT</b> (conjoint, concubin, personne liée par PACS)
Propriétés bâties et non bâties  (nature, adresse des biens) ou portez la mention « Néant » ou « Exonéré(e) »		
<b>Biens mobiliers et capitaux non placés</b>		
Assurances-vie  (nom et numéro de contrats,montants)  Ou portez la mention « Néant »		

**C) RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES :**

<b>ALLOCATIONS</b> (aucune de ces prestations n'est cumulable avec l'allocation personnalisée d'autonomie)
<b>Le demandeur bénéficie-t-il de ?</b> <input type="checkbox"/> l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) <input type="checkbox"/> la prestation de compensation du handicap (PCH) <input type="checkbox"/> l'aide ménagère au titre de l'aide sociale <input type="checkbox"/> la majoration pour aide constante d'une tierce personne (MTP) <input type="checkbox"/> la prestation complémentaire pour recours à tierce personne (PC RTP)  (MTP et PC RTP sont servies par un organisme de sécurité sociale)

<b>DOMICILE</b>
<b>* Le demandeur réside-t-il avec ou chez un membre de sa famille ?</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
<b>Habitation :</b> propriétaire <input type="checkbox"/> usufruitier <input type="checkbox"/> locataire <input type="checkbox"/> logé à titre gratuit <input type="checkbox"/>

**D) DISPOSITIONS PARTICULIERES :**

➤ **Demandeur hébergé en établissement**

Si le département où réside le demandeur n'est pas le département à qui incombe la prise en charge de l'allocation personnalisée d'autonomie, il convient de joindre au dossier l'arrêté fixant les prix de journée dépendance de l'établissement.

*(Il appartient au directeur de l'établissement de fournir ce document au demandeur).*

Pièce jointe :    oui         non

➤ **Versement de l'allocation personnalisée d'autonomie en établissement**

Avec l'accord du bénéficiaire, l'allocation personnalisée d'autonomie peut être versée directement aux établissements d'hébergement pour personnes âgées.

J'autorise le versement de l'allocation personnalisée d'autonomie à l'établissement :

                  oui         non

➤ **Transmission de dossier**

En cas de rejet de la demande d'allocation personnalisée d'autonomie, j'autorise la transmission de mon dossier aux caisses de retraite : oui         non

➤ **Changement de situation**

**Tout changement de situation, y compris familiale, doit être signalé** par écrit à la Direction de l'Autonomie, accompagné le cas échéant des pièces justificatives, :

- changement de domicile, temporaire ou permanent,
- hospitalisation (bulletin d'hospitalisation),
- entrée en établissement d'hébergement pour personne âgées (bulletin d'entrée).

**Je soussigné(e), .....**

**agissant en mon nom propre / en ma qualité de représentant 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.**

Fait à

Le

Signature

Indiquer les coordonnées de la personne à contacter pour l'instruction de la demande, pour la visite d'évaluation à domicile, en cas d'urgence :

Nom, prénom et qualité : .....

Adresse : .....

N° de téléphone fixe : ..... Portable : .....

E-mail : .....



**Direction de l'Autonomie  
Service Prévention de la Dépendance**  
3 rue François de Guise  
BP 40504  
55012 BAR-LE-DUC Cedex

## CERTIFICAT MEDICAL

Chère Consœur, cher Confrère,

Instituée par la loi 2001-647 du 20 juillet 2001 et ses décrets, l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (A.P.A.) est une prestation en nature ayant essentiellement pour but de permettre la rémunération de prestations concourant au maintien des personnes âgées à leur domicile.

Votre patient(e) de plus de 60 ans sollicite l'Allocation Personnalisée d'Autonomie auprès du Département de la Meuse et vous remet le certificat ci-joint que je vous remercie de bien vouloir compléter.

Grâce à vos indications, ce certificat me permettra d'évaluer le niveau de dépendance de cette personne et d'éclairer l'équipe médico-sociale qui, au domicile de votre patient(e), étudiera les aides humaines et/ou techniques à mettre en place.

Je vous remercie de bien vouloir restituer ce document à votre patient(e) qui le joindra, clos, à son dossier de demande.

Bien confraternellement.

Le médecin de l'équipe médico-sociale  
Service Prévention de la Dépendance

Département de la Meuse

## ETAT CIVIL

Nom ..... Nom de jeune fille .....

Prénom ..... Date de naissance .....

Adresse .....

## DIAGNOSTICS

Diagnostic principal motivant la demande .....

Origine  congénitale  acquise depuis le .....

### Antécédents médicaux, chirurgicaux

.....  
.....

### État général

Taille ..... Poids .....

### Appareil locomoteur

Périmètre de marche.....  canne(s)  déambulateur  fauteuil roulant

amputation Préciser : .....

prothèse(s) Préciser : .....

### Appareil neurologique

Atteinte cérébrale  Préciser : .....

Atteinte moelle épinière  Préciser : .....

### État psychique / ou psychiatrique

Troubles du comportement .....

Anxiété .....

Etat dépressif .....

Troubles névrotiques .....

Troubles psychotiques .....

Démence .....  Préciser :

### Appareil sensoriel

Vision  Préciser : .....

Audition  Préciser : .....

## Appareil cardio-vasculaire

- HTA .....
- Insuffisance cardiaque .....
- Dyspnée .....
- Artérite .....
- Infarctus du myocarde récent .....

Préciser :

## Appareil pulmonaire

- Bronchite chronique .....
- Insuffisance respiratoire .....
- Oxygénothérapie .....
- Néoplasme .....
- Dyspnée .....
- O.R.L. ....

Préciser :

Préciser :

## Appareil digestif

- Oeso-gastro colique .....
- Hépto-pancréatique .....
- Néoplasme .....
- Stomie .....

Préciser :

Préciser :

## Système endocrinien

- Diabète       de type 1       de type 2
- Thyroïde .....
- Autres (préciser) : .....

## Système urinaire

- Insuffisance rénale       dialyse péritonéale       hémodialyse
- Néoplasme       rein       vessie

Autre(s) atteinte(s) pouvant limiter l'autonomie :

.....

.....

.....

.....

## EVALUATION DE L'AUTONOMIE

Fait seul : A

Fait partiellement : B

Ne fait pas : C

		A	B	C
<b>Cohérence</b> (converser et / ou se comporter de façon logique et sensée)	Communication			
	Comportement			
<b>Orientation</b> (se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux)	Temporelle			
	Spatiale			
<b>Toilette</b> (assure son hygiène corporelle)	Haut			
	Bas			
<b>Habillage</b> (s'habiller, se déshabiller)	Haut			
	Moyen			
	Bas			
<b>Alimentation</b> Couper la viande, se servir à boire ----- Porter à la bouche les aliments préparés	Se Servir			
	Manger			
<b>Élimination</b> (assurer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale)	Urinaire			
	Anale			
<b>Transferts</b> (se lever, se coucher, s'asseoir)				
<b>Déplacement à l'intérieur</b> (avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant)				
<b>Déplacement à l'extérieur</b>				
<b>Communication à distance</b> (utiliser les moyens de communication : téléphone, sonnette, alarme...)				

Je soussigné(e) ..... , docteur en médecine,

Demeurant à .....

À ....., le .....

Signature :

Cachet :



# ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE

L'allocation personnalisée d'autonomie est attribuée par le Président du Conseil départemental aux personnes âgées qui ont besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou dont l'état nécessite une surveillance régulière et est destinée à la prise en charge des services et des aides techniques adaptés à leurs besoins.

Des tarifs nationaux fixent un plafond constituant le montant maximum pouvant être alloué.

## **I) A DOMICILE**

### **➤ L'appréciation du besoin d'aide**

Une équipe médico-sociale est chargée, d'une part, de l'évaluation du niveau de perte d'autonomie et, d'autre part, de l'évaluation du besoin d'aide de la personne âgée et du soutien de ses proches aidants, selon la nature, la fréquence, le temps qui doit y être consacré.

### **➤ Le contenu du plan d'aide**

Elaboré à partir de ces éléments, le plan d'aide organise les interventions retenues, fixe les conditions de mise en œuvre de ces aides et le statut des personnels intervenants. Il recommande ou indique les autres aides utiles au soutien de la personne âgée et de ses proches aidants. Le plan d'aide est proposé au demandeur afin de recueillir son assentiment.

### **➤ La valorisation du plan d'aide**

Le montant du plan d'aide est déterminé par le coût des aides prises en charge, calculé selon les dispositions réglementaires ou conventionnelles régissant notamment les modes d'interventions retenues (services prestataires, mandataires, emploi direct).

### **➤ La participation financière du bénéficiaire**

Selon le montant du plan d'aide mis en œuvre et son niveau de revenu, le bénéficiaire a l'obligation d'acquitter une participation financière.

Toutefois, le bénéficiaire dont les ressources sont inférieures à un seuil fixé par décret est exonéré de toute participation.

### **➤ Le montant de l'allocation versée**

Le montant d'allocation d'autonomie correspond au plan d'aide valorisé, diminué de la participation à charge du bénéficiaire.

### **➤ Contrôle d'effectivité de l'utilisation de l'allocation versée**

Dans le cadre du contrôle de l'effectivité de l'aide apportée, le bénéficiaire doit communiquer trimestriellement à la Direction de l'Autonomie les pièces justifiant de l'utilisation de l'allocation.

Doivent être adressées les documents suivants (copies) : bulletins de salaire, déclaration nominative trimestrielle simplifiée URSSAF, avis de prélèvement des cotisations (Chèque Emploi Service Universel - CESU), ainsi que les factures des produits, matériels et services pris en compte dans le plan d'aide.

L'absence de pièces justificatives ou leur insuffisance peut entraîner la suspension totale ou partielle du versement de l'allocation, ainsi que la récupération des sommes perçues à tort.

### **➤ Changement de situation du bénéficiaire**

Tout changement de situation, y compris familiale, doit être signalé à la Direction de l'Autonomie, notamment :

- changement de domicile, temporaire ou permanent,
- hospitalisation,
- entrée en établissement d'hébergement.

## ➤ Versement à un tiers

Le Département peut verser la partie de l'allocation personnalisée d'autonomie directement à la personne physique ou morale ou à l'organisme qui fournit l'aide technique, réalise l'aménagement du logement ou assure l'hébergement temporaire, l'accueil de jour ou le répit à domicile.

### **MODALITES D'INTERVENTION AU DOMICILE**

#### **Service prestataire**

Le prestataire assure les interventions sous sa propre responsabilité et avec ses propres moyens, et garantit la continuité du service ainsi que le remplacement des intervenants en cas d'absence.

Au titre d'employeur, il assume l'encadrement des salariés qui exécutent les missions demandées.

L'allocation personnalisée d'autonomie est versée directement au service prestataire, celui-ci facture au bénéficiaire les frais restant à sa charge : montant de la participation et dépassement éventuel du tarif de prise en charge.

#### **Emploi direct**

Le bénéficiaire est employeur de la ou des personnes qui interviennent à son domicile. A ce titre, il doit se conformer aux dispositions du droit du travail et suivre les règles qui s'appliquent aux salariés relevant de la convention collective nationale des salariés du particulier employeur.

La ou les personnes employées doivent obligatoirement posséder un numéro de Sécurité Sociale. Si ce n'est pas le cas, il est nécessaire de faire la demande d'immatriculation auprès de la caisse primaire d'assurance maladie. L'établissement d'un contrat de travail et des bulletins de salaire est obligatoire. Le bénéficiaire doit également compléter les déclarations nominatives simplifiées adressées par l'URSSAF chaque trimestre.

Un ou plusieurs membres de la famille du bénéficiaire peuvent être employés, à l'exception de son conjoint ou concubin ou de la personne liée par un pacte civil de solidarité.

L'allocation personnalisée d'autonomie est versée directement auprès du bénéficiaire ou de son représentant légal.

**N.B :** Le Chèque Emploi Service Universel (CESU) est un moyen de rémunération qui dispense l'employeur d'établir les bulletins de salaire et de calculer les cotisations.

#### **Service mandataire**

Dans ce cas, le bénéficiaire est également employeur de la ou des personnes qui interviennent auprès de lui. Le service mandataire se charge des formalités administratives et apporte une aide à l'établissement du contrat de travail, ainsi que tous conseils juridiques. Le mandataire recherche également des personnels pouvant intervenir au domicile du bénéficiaire et s'engage à proposer un remplacement pour toute absence d'un intervenant.

L'allocation personnalisée d'autonomie est versée directement auprès du bénéficiaire ou de son représentant légal.

## **II) EN ETABLISSEMENT \***

Le niveau de perte d'autonomie de la personne âgée est évalué sous la responsabilité d'un médecin coordonnateur.

Le montant de l'allocation correspond au montant du tarif dépendance de l'établissement appliqué compte tenu du degré de perte d'autonomie du bénéficiaire, diminué du montant de sa participation, forfaitaire ou progressive selon le montant de ses revenus.

(\* ne sont concernées que les personnes hébergées dans des établissements situés hors Meuse)

DOCUMENT A CONSERVER PAR LE DEMANDEUR

MàJ le 14/09/2016