

Formulaire de demande de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) pour une personne de 60 ans et plus

PIECES JUSTIFICATIVES À FOURNIR OBLIGATOIREMENT

- Imprimé de demande réglementaire dûment complété et **signé** (si imprimés sortis via Internet, envoyer 2 exemplaires du formulaire)
- Photocopie d'un justificatif d'identité (carte nationale d'identité ou livret de famille) **OU** pour les ressortissants hors union européenne, titre de séjour en cours de validité
- Relevé d'identité bancaire ou postal (le nom du demandeur doit y figurer)
- Photocopie recto-verso du dernier avis d'imposition ou de non-imposition à l'impôt sur le revenu du demandeur, de son conjoint ou de son concubin
- Photocopie intégrale du dernier avis de la taxe foncière pour chaque propriété bâtie ou non bâtie, Si le demandeur est propriétaire, usufruitier ou propriétaire indivis

ATTENTION : le dossier de demande d'APA sera déclaré complet à condition que celui-ci soit dûment complété, daté et signé et que les justificatifs ci-dessus soient joints à la demande

PIECES COMPLEMENTAIRES

- Pièces justificatives de toutes les ressources relatives à l'année civile précédant la demande (justificatifs annuels des caisses de retraite principale et complémentaires, salaires, allocations chômage) y compris les retraites et différentes ressources provenant de l'étranger et photocopie du relevé annuel de l'assurance vie
- Pour les personnes sous tutelle ou curatelle, joindre une copie du jugement
- Pour les personnes hébergées en famille d'accueil hors Essonne, fournir le contrat d'accueil et l'arrêté d'agrément
- Evaluation médicale à remplir par le médecin traitant. A joindre sous enveloppe fermée et non affranchie
- Photocopie de la carte d'invalidité

**DOSSIER COMPLET
A RETOURNER**



Monsieur le Président du Conseil départemental
Direction générale adjointe des solidarités
DA/ Service des prestations de l'aide sociale adulte
Boulevard de France
91012 Evry cedex

Renseignements obligatoires

Demandeur

**Conjoint(e), ou la personne vivant
maritalement**

Nom marital

Nom de naissance

Prénom(s)

Né(e) le

Situation familiale depuis le :

Marié(e)

Vie maritale

Divorcé(e)

Veuf(ve)

Pacsé(e)

Célibataire

Séparé(e)

N° de sécurité sociale

N° de sécurité sociale

Etes-vous retraité(e) ? Oui Non

Si oui, caisse de retraite principale

Etes-vous retraité(e) ? Oui Non

Si oui, caisse de retraite principale

Représentant du demandeur

Le demandeur est-il sous tutelle ou curatelle ? Oui Non Sauvegarde de justice (*)

Nom du tuteur ou de l'organisme :

Adresse :

Numéros (obligatoire) Fixe : |_|_|/|_|_|/|_|_|/|_|_|/|_|_| Port. : |_|_|/|_|_|/|_|_|/|_|_|/|_|_|

Courriel :@.....

Personne à contacter pour le suivi du dossier

Nom : Prénom :

Adresse :

Numéros (obligatoire) Fixe : |_|_|/|_|_|/|_|_|/|_|_|/|_|_| Port. : |_|_|/|_|_|/|_|_|/|_|_|/|_|_|

Courriel :@.....

S'agit-il d'un membre de la famille ? Oui Non (*)

Lien de parenté : si descendant, date de naissance : |_|_|/|_|_|/|_|_|

Renseigner les champs concernant votre situation

Situation 1 OU

Domicile du demandeur (Adresse actuelle ou précédent l'entrée en établissement)

Êtes-vous : Locataire Propriétaire / Usufruitier Depuis le :
 En foyer-logement Logé(e) à titre gracieux

N° et rue Code postal Commune
 N° de téléphone

Indiquez l'adresse précédente, avec dates d'arrivée et de départ :

Si l'adresse actuelle du conjoint ou de la personne vivant maritalement est différente de celle du demandeur, Merci de préciser celle-ci :

Situation 2 OU

Etablissement pour personnes âgées (Adresse actuelle du demandeur)

Nom de l'établissement (**):
N° et rue Code postal Commune
 N° de téléphone

Date d'entrée:

(**) S'il s'agit d'un établissement situé hors Essonne, joindre l'arrêté départemental de tarification

Situation 3

Famille d'accueil par un particulier à domicile et à titre onéreux

- Adresse actuelle du demandeur - (dans le cadre de la loi du 10/07/1989)

Nom de l'accueillant familial:
N° et rue Code postal Commune
 N° de téléphone

Depuis le:

Percevez-vous les allocations ou les prestations suivantes **non cumulables avec l'APA** :

(si oui : indiquez le montant mensuel et joindre le justificatif)

- | | | | |
|---|------------------------------|---|---|
| ➤ Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non, montant | € |
| ➤ Majoration pour tierce personne (MTP) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non, montant | € |
| ➤ Prestation de compensation du handicap (PCH) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non, montant | € |
| ➤ Aide-ménagère prise en charge par les caisses de retraite | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non, montant | € |
| ➤ Aide-ménagère au titre de l'aide sociale du Département | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non, montant | € |

En cas d'admission à l'allocation personnalisée à l'autonomie, j'autorise le Conseil départemental à verser cette allocation au service prestataire ou à l'établissement ? Oui Non

Si l'allocation personnalisée à l'autonomie est refusée, j'autorise le Conseil départemental à communiquer les éléments nominatifs me concernant à la caisse de retraite : Oui Non

Je soussigné(e) certifie l'exactitude des renseignements fournis,

Date :

**Signature de l'intéressé(e)
ou de son représentant :**

**Demande de carte d'invalidité et de carte de stationnement
Pour les bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie
Classés en GIR 1 et 2**

Votre (vos) demande(s) concerne(nt) :

Carte d'invalidité :

- 1^{er} demande
- Renouvellement
- En cours

Carte de stationnement :

- 1^{er} demande
- Renouvellement
- En cours

Si votre degré de dépendance est évalué en GIR 1 ou 2, le Département de l'Essonne transmettra votre demande à la Maison Départementale des Personnes Handicapées de l'Essonne (MDPHE) qui vous attribuera de droit ces cartes.

Si votre degré de dépendance est évalué en GIR 3, 4, 5 ou 6, cette demande ne sera pas transmise à la MDPHE.

Il conviendra de vous adresser directement à la MDPHE pour solliciter l'étude votre demande.

Pour cela, vous devrez déposer un dossier complet à retirer à l'accueil de la MDPHE (93 rue Henri Rochefort – 91 000 EVRY) ou sur le site internet www.essonne.fr.

Renseigner les champs concernant les proches aidants du demandeur

Le proche aidant d'une personne âgée en perte d'autonomie peut-être le conjoint, le partenaire avec qui la personne âgée en perte d'autonomie a conclu un pacte civil de solidarité ou son concubin, un parent, un allié ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables comme un voisin ou un ami.

Un professionnel médico-social du Conseil départemental en charge de l'évaluation à domicile évaluera la situation et les besoins des proches aidants qui apportent son aide pour une partie ou la totalité des actes de la vie quotidienne de manière régulière et à titre non professionnel.

Cette partie vise à apporter des premières informations sur le proche aidant

Nom de l'aidant

Prénom de l'aidant

N° et rue

Code postal

Commune

Né(e) le

Lien de parenté ou autre

Numéros (obligatoire) Fixe :

Port. :

Courriel : @

| Nature de l'aide apportée (Ex : courses, accompagnement pour les déplacements extérieurs) | Durée et périodicité approximatives de cette aide pour une journée, une semaine ou un mois (selon ce qui vous paraît le plus pertinent) |
|--|---|
| | |
| | |

**Traitement informatique des dossiers d'aide sociale
Dispositions relatives à la loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004**

Les traitements relatifs à cette demande sont informatisés. Ils sont donc soumis aux dispositions de la loi « Informatique et Libertés » n°78-17 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 des informations nominatives sont informées que :

- 1) Les destinataires des informations collectées sont exclusivement les administrations et organismes habilités à connaître des dossiers d'aide à domicile ou en établissement,
- 2) 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 d'adresser un courrier justifiant de votre identité et de votre demande à :

Monsieur le Président du Conseil départemental
Direction générale adjointe des solidarités
Direction de l'autonomie
Service des prestations de l'aide sociale adulte
Boulevard de France - 91012 EVRY Cedex

Le GIR (Groupe Iso Ressources) détermine le degré de dépendance

Un professionnel médico-social du Conseil départemental se rend au domicile de la personne âgée pour évaluer son degré d'autonomie et établir un plan d'aide.

En fonction de son degré de dépendance, la personne âgée est rattachée à un groupe iso-ressources (GIR).

Il en existe 6, seuls les GIR 1 à 4 ouvrent droit à l'APA.

- GIR 1** s'applique aux personnes extrêmement dépendantes qui ont perdu toute autonomie physique et mentale et pour lesquelles la présence permanente d'intervenant est nécessaire.
- GIR 2** s'applique aux personnes très fortement dépendantes qui ne peuvent plus se déplacer mais dont les facultés mentales ne sont pas totalement altérées et à celles qui, à l'inverse, ont conservé leurs capacités motrices mais ont perdu leur autonomie mentale
- GIR 3** s'applique aux personnes fortement dépendantes qui nécessitent des aides quotidiennes importantes pour préserver leur autonomie.
- GIR 4** s'applique aux personnes sans problèmes moteurs mais qui ont besoin d'une aide pour se lever, s'habiller ou s'alimenter.
- GIR 5** s'applique aux personnes faiblement dépendantes qui n'ont besoin que d'une aide ponctuelle.
- GIR 6** s'applique aux personnes non dépendantes qui sont totalement autonomes pour les actes de la vie courante.

**CERTIFICAT MEDICAL A COMPLETER PAR LE MEDECIN TRAITANT
DANS LE CADRE D'UNE DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE
A DOMICILE**

Nom

Prénom(s)

Commune de résidence

Né(e) le

Poids : Taille :

ATCD médicaux (y compris psychiatriques):

.....
.....
.....

ATCD chirurgicaux :

.....
.....
.....

Traitement en cours :

.....
.....
.....

Le traitement est pris de façon :

- Autonome Préparé par l'entourage (préciser si IDE) Donné par l'entourage

Vue : Normale Corrigée Non corrigée

Audition : normale Surdité appareillée surdité non appareillée

Cohérence

Réponse adaptée aux questions : Oui Non

Bonne capacité de raisonnement : Oui Non

Bonne capacité de jugement : Oui Non

Troubles mineurs du comportement (manque d'initiative, opposition...), lesquels :

.....
.....

Troubles majeurs du comportement (agitation, fugue, cri...), lesquels :

.....
.....
.....

Orientation dans le temps

- Bien orientée
- Troubles mineurs
- Troubles majeurs

Orientation dans l'espace

- Bien orientée
- Troubles mineurs
- Troubles majeurs

Score MMS (s'il est connu)

Déplacement dans le domicile

- Seul(e) avec ou sans aide technique (cane, déambulateur, fauteuil roulant) (entourer la (les) mention(s) utile(s))
- Déplacement accompagné par un tiers
- Déambulation diurne/nocture (entourer la (les) mention(s) utile(s))
- Confiné(e) au lit

Alimentation

Votre patient(e) présente-t-il (elle) un risque de fausse route avéré oui non

Incontinence urinaire

- Oui
- Non
- Sonde urinaire*
- Vide sa poche seul(e)*

Incontinence fécale

- Oui
- Non
- Stomie*
- Change sa poche seul(e)*

*cocher si « oui »

Votre appréciation globale sur l'autonomie de votre patient et sur son maintien à domicile :

.....

.....

.....

.....

.....

Certificat complété par (apposez votre cachet) :

A la date du :

Signature :