



Dossier de demande d'aide départementale

DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE (APA)

- à domicile
 en établissement relevant de la réglementation sur l'APA à domicile (EHPA, PUV)

Demandeur

M. Mme Nom : _____

Nom de jeune fille : _____

Prénom : _____

Commune : _____

DÉPÔT DE LA DEMANDE AVEC PIÈCES À FOURNIR

Département du Morbihan – à l'attention de Monsieur le président du conseil départemental du Morbihan
Direction générale des interventions sanitaires et sociales
64 rue Anita Conti – CS 20514 – 56035 VANNES CEDEX // **TÉL.** 02 97 54 78 00

// RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DEMANDEURS'agit-il d'une demande pour le couple ? oui non

DEMANDEUR	CONJOINT Il peut s'agir d'un conjoint, du concubin ou de la personne avec laquelle le demandeur a conclu un pacte civil de solidarité.
Nom :	Nom :
Nom de jeune fille :	Nom de jeune fille :
Prénom :	Prénom :
Date et lieu de naissance :	Date et lieu de naissance :
N° de sécurité sociale :	N° de sécurité sociale :
Nationalité : <input type="checkbox"/> Française <input type="checkbox"/> R ressortissant de l'Union européenne <input type="checkbox"/> Autre Date d'arrivée en France s'il y a lieu (pour les étrangers) :	Nationalité : <input type="checkbox"/> Française <input type="checkbox"/> R ressortissant de l'Union européenne <input type="checkbox"/> Autre Date d'arrivée en France s'il y a lieu (pour les étrangers) :
Situation de famille : <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Veuf <input type="checkbox"/> Concubin <input type="checkbox"/> Pacsé <input type="checkbox"/> Célibataire	Est-il en activité ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Êtes-vous retraité ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <i>(Si oui préciser le régime de retraite principal)</i>	Est-il retraité ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <i>(Si oui préciser le régime de retraite principal)</i>

VOTRE ADRESSE - Lieu où vous résidez actuellement :

Adresse : _____

Chez : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone : _____

Date d'arrivée à cette adresse : _____

Vous êtes : locataire usufruitier(e) propriétaire hébergé(e) à titre gratuit
 en établissement pour personnes âgées en famille d'accueil agréée en viager

Votre conjoint vit-il : à domicile en établissement (si oui, fournir attestation d'entrée)

VOTRE ADRESSE PRÉCÉDENTE - à remplir impérativement si vous avez changé d'adresse depuis moins de 3 mois ou si vous êtes hébergé en famille d'accueil agréée ou en établissement pour personnes âgées :

Date d'arrivée à cette adresse : _____ Date de départ : _____

Adresse : _____

Chez : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Si vous êtes accueilli dans un établissement hors du département du Morbihan, mais que la prise en charge du tarif dépendance incombe au département du Morbihan, veuillez joindre à ce dossier, l'arrêté de tarification de l'établissement d'accueil. Ce document est à demander à l'établissement.

MESURE DE PROTECTION**Si vous relevez d'une mesure de protection juridique, cochez ci-dessous s'il s'agit :**
 d'une sauvegarde de justice d'une mesure de tutelle d'une mesure de curatelle

Nom et adresse du tuteur ou de l'association chargée de la mesure : _____

Joindre la copie du jugement**SUIVI ADMINISTRATIF DU DOSSIER****Indiquez la personne à contacter :**
 enfant parent autre : (préciser la nature des liens) : _____

Nom et adresse : _____

Date de naissance : _____

Numéro de téléphone : _____ Courriel : _____

// RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PROCHES AIDANTS DU DEMANDEUR

Pour faciliter les premières visites à votre domicile, vous pouvez compléter le tableau ci-dessous concernant les personnes de votre famille ou de votre entourage amical ou de voisinage qui vous apportent une aide dans la vie quotidienne.

Nom et prénom	Age	Parenté avec l'aidant (ou autre)	Nature de l'aide apportée	Adresse précise
			<input type="checkbox"/> Démarches administratives <input type="checkbox"/> Aide dans vos déplacements <input type="checkbox"/> Courses <input type="checkbox"/> Aide à la vie quotidienne <input type="checkbox"/> Autres	
			<input type="checkbox"/> Démarches administratives <input type="checkbox"/> Aide dans vos déplacements <input type="checkbox"/> Courses <input type="checkbox"/> Aide à la vie quotidienne <input type="checkbox"/> Autres	
			<input type="checkbox"/> Démarches administratives <input type="checkbox"/> Aide dans vos déplacements <input type="checkbox"/> Courses <input type="checkbox"/> Aide à la vie quotidienne <input type="checkbox"/> Autres	

// RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES AIDES DÉJÀ ACCORDEES OU EN COURS D'ATTRIBUTION

La majoration pour aide constante d'une tierce personne (MTP)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
La prestation complémentaire pour recours à tierce personne (PC RTP)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
L'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
La prestation de compensation du handicap (PCH)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
L'aide-ménagère versée par les caisses de retraite	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
L'aide-ménagère au titre de l'aide sociale départementale	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Aucune des prestations ci-dessus n'est cumulable avec l'Allocation Personnalisée d'Autonomie.

// ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e), M. ou Mme _____

agissant en mon nom propre ou en ma qualité de représentant de _____

certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus ;

J'autorise M. le Président du conseil départemental à transmettre aux caisses de retraite l'évaluation de mes besoins ainsi que des aides préconisées pour mon maintien à domicile.

oui non

Date _____

Signature

Après évaluation de votre degré de dépendance le Département pourra vous informer sur les modalités d'attribution automatiques de la carte européenne de stationnement ainsi que de la carte d'invalidité réservées aux Gir 1 et Gir 2.

*Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique.
Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978, modifiée en 2004,
vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent,
que vous pouvez exercer en vous adressant au correspondant informatique et libertés :
2 rue de St Tropez - 56000 VANNES – Courriel : cil56@morbihan.fr*

Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.



Dossier de demande d'aide départementale

DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE (APA)

NOTICE

LOI N° 2015 - 1776 DU 28 DÉCEMBRE 2015

// PIÈCES À JOINDRE IMPÉRATIVEMENT AU DOSSIER DE DEMANDE

1. Le dossier cartonné - type A.P.A. (Allocation Personnalisée d'Autonomie).
2. La photocopie du livret de famille ou de la carte nationale d'identité ou d'un passeport de la Communauté européenne ou un extrait de naissance ; ou, s'il s'agit d'un demandeur de nationalité étrangère, la photocopie de la carte de résidence ou du titre de séjour.
3. La photocopie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition à l'impôt sur le revenu : pour une demande déposée entre janvier et août de l'année n : fournir l'avis d'imposition ou de non-imposition de l'année n-2 ; de septembre à décembre celui de l'année n-1.
4. L'annexe obligatoire relative au patrimoine et ses justificatifs.
5. Le certificat médical détaillé établi pour l'A.P.A., rempli par le médecin traitant est fortement conseillé.
6. Un relevé d'identité bancaire ou postal.
7. Photocopie du jugement de tutelle le cas échéant.
8. La notification d'accord de votre caisse de retraite (si vous bénéficiez d'une aide ménagère).
9. L'évaluation du GIR (grille AGGIR de l'établissement).
10. Arrêté de tarification de l'établissement.
11. Le bulletin d'entrée dans l'établissement.

Les pièces 9, 10 et 11 sont à fournir uniquement par les personnes originaires du Morbihan mais qui résident dans un établissement situé en dehors du Morbihan. Les dossiers sont à retourner au :

Département du Morbihan

Direction générale des interventions sanitaires et sociales

Cellule A.P.A.

64, rue Anita Conti

CS 20514 - 56035 VANNES Cedex



DÉSIGNATION DU RÉFÉRENT FAMILIAL

Je soussigné(e) (demandeur de l'Allocation personnalisée d'autonomie) :

M. / Mme _____

Demeurant (adresse précise) : _____

Désigne en qualité de référent familial pour le dossier d'A.P.A. :

M. / Mme (nom, prénom) : _____

Domicilié à (adresse précise) : _____

Tel : _____ Adresse mail : _____

Le référent familial est l'interlocuteur privilégié du pôle APA pour tout ce qui concerne le suivi administratif du dossier de demande d'APA. Toute information essentielle, tout document ou tout courrier pouvant intéresser les proches du bénéficiaire seront envoyés exclusivement au référent familial, à charge pour lui d'en assurer la diffusion aux personnes de son choix.

- La désignation du référent familial n'exclut en rien les droits et obligations des proches du bénéficiaire en qualité de proches aidants, tels que définis par l'article L.113-1-3 du code de la famille et de l'action sociale.
- Si le bénéficiaire désigne une personne de confiance pour l'accompagner dans les démarches concernant les relations avec les établissements ou services médico sociaux, ou en cas d'intervention d'une MAIA, ces interlocuteurs se substituent au référent familial dans les relations avec le pôle APA.

Le référent familial désigné ci-dessus s'engage à délivrer au pôle APA les informations essentielles le concernant. Il communique au pôle APA, à l'ouverture du dossier et dans l'espace réservé à cet effet, la liste des enfants et des proches aidants et assure le traitement du dossier en lien avec les autres organismes concernés.

A tout moment, le bénéficiaire a la liberté de changer de référent familial. Il en informe par simple lettre le pôle APA.

Fait à _____

Le _____

Signature

*Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique.
Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978, modifiée en 2004,
vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent,
que vous pouvez exercer en vous adressant au correspondant informatique et libertés :
2 rue de St Tropez - 56000 VANNES – Courriel : cil56@morbihan.fr
Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.*



ANNEXE OBLIGATOIRE RELATIVE AU PATRIMOINE DU DEMANDEUR ET DE SON CONJOINT, CONCUBIN, PACSE

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

// BIENS IMMOBILIERS

- Je ne possède aucun bien immobilier
- Je possède un ou plusieurs bien(s) immobilier(s), je complète les tableaux ci-dessous :

1. RESIDENCE PRINCIPALE

Il s'agit de votre résidence principale : fournissez la copie de la dernière taxe foncière		
Nature du bien (maison ou appartement) :	Adresse du bien :	
J'y habite actuellement ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Quelqu'un y habite ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Si oui :	<input type="checkbox"/> locataire	<input type="checkbox"/> hébergé à titre gratuit

2. RESIDENCES SECONDAIRES ET TERRAINS

Je possède d'autres biens immobiliers bâtis ou non bâtis : fournissez la copie de la dernière taxe foncière		
Nature du bien	Adresse du bien	Le bien est-il loué ?

// PATRIMOINE FINANCIER

- Je possède un patrimoine financier
 Je ne possède pas de patrimoine financier

DECLARATION DES CONTRATS D'ASSURANCE-VIE :

Titulaire du contrat	Joindre le relevé annuel d'assurance-vie de chaque contrat	
	Organisme assureur	Montant annuel
<input type="checkbox"/> Moi <input type="checkbox"/> Conjoint		
<input type="checkbox"/> Moi <input type="checkbox"/> Conjoint		
<input type="checkbox"/> Moi <input type="checkbox"/> Conjoint		
<input type="checkbox"/> Moi <input type="checkbox"/> Conjoint		
<input type="checkbox"/> Moi <input type="checkbox"/> Conjoint		

Si vous souscrivez un contrat d'assurance-vie dans les années qui suivent l'obtention de l'APA, vous devez le déclarer au Pôle APA en transmettant une copie du relevé annuel le concernant.

IMPORTANT : Les ressources prises en compte pour fixer le montant de votre participation financière à votre plan d'aide seront revues au 1er janvier de chaque année.

Je soussigné(e), agissant : _____

En mon nom propre

En ma qualité de représentant de : _____

Certifie sur l'honneur, l'exactitude des renseignements figurant au présent dossier.

Je suis informé(e) que toute déclaration ou falsification du document, toute obtention usurpée d'un droit, m'expose à des sanctions pénales et financières prévues par la loi (articles L 433-19, L 441-7, L 313-1 et L 313-3 du Code Pénal).

Fait à _____

Date _____

Signature



CERTIFICAT MEDICAL
A REMETTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL
A L'ATTENTION DU MEDECIN EVALUATEUR

Docteur,

Votre patient a déposé une demande auprès du Département (APA, aide-ménagère/ portage de repas, dérogation d'âge, entrée dans un dispositif spécifique...).

Pour permettre d'apprécier au mieux ses besoins, je vous invite à compléter cette évaluation médicale et à la lui remettre **sous pli confidentiel**. Ce document est particulièrement nécessaire en cas de première demande pour connaître votre patient.

Si vous le souhaitez et pour vous éviter une retranscription des informations, vous pouvez transmettre la copie du certificat médical que vous auriez déjà complété pour un dossier d'admission en EHPAD ou pour une demande auprès de la MDPH, ou bien un extrait de votre dossier médical reprenant les différents items.

Je vous remercie par avance de ce que vous ferez pour votre patient

Confraternellement

Le médecin du service du conseil et de l'évaluation médicale et médico-sociale
(DIRECTION GENERALE DES INTERVENTIONS SANITAIRES ET SOCIALES)

Madame Monsieur

Nom d'épouse Nom de naissance :.....

Prénom : Date de naissance :.....

Adresse :
.....

Pathologie(s) principale(s) responsable(s) de la perte d'autonomie de votre patient (précisez la date d'apparition)

-
-

Autre(s) pathologie(s) ou déficience(s) associée(s)

-
-
-
-

Déficience visuelle : OUI NON

Déficience auditive : OUI NON

Poche de colostomie : OUI NON

Sonde urinaire : OUI NON

Fausse(s) route(s) : OUI NON

Sonde d'alimentation : OUI NON

Poids : Taille :

Quel type d'aide avez-vous mis en œuvre pour votre patient :

- fauteuil roulant canne(s) déambulateur
 kinésithérapie soins de nursing suivi spécialisé :
 autre.....

Traitement médical (ou joindre une copie de la dernière ordonnance)

-
-
-
-

Votre patient a-t-il besoin de l'aide d'une tierce personne ou d'une stimulation pour effectuer les actes de la vie quotidienne ?

	TIERCE PERSONNE	STIMULATION	Commentaire éventuel - précision sur les besoins ou sur le type d'intervention
Se lever du lit et/ou se coucher	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Se lever d'une chaise et des WC et s'asseoir	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Marcher dans son logement	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Faire sa toilette	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Gérer la propreté de l'élimination	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
S'habiller, se déshabiller	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Manger	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

Votre patient peut-il réaliser seul les actes suivants ?

	OUI	NON	Commentaire éventuel - précision sur les besoins ou sur le type d'intervention
Faire les courses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Faire la cuisine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gérer son traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gérer son budget	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Votre patient présente-t-il les troubles suivants ?

		OUI	NON	Commentaire éventuel - précision
Déficit cognitif	Troubles de la mémoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Troubles du langage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
MMS (si connu)/30	Troubles pratique/gnosique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Désorientation temporelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Désorientation spatiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Symptômes psycho-comportementaux	Délire/ Hallucinations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Troubles du comportement Agitation, agressivité, cris, désinhibition, déambulation, ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Autres (troubles du sommeil, des conduites alimentaires....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Appréciation globale sur l'autonomie de votre patient et, le cas échéant, sur son maintien à domicile :

.....

Date :

Cachet et signature du médecin