

**DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISEE
D'AUTONOMIE A DOMICILE**
(pour une personne de 60 ans ou plus)

N° DOSSIER

Nom du demandeur : **Prénom :**

Adresse actuelle :

Apt Etage..... Bâtiment Escalier..... Digicode.....

Code postal Commune.....

Date d'arrivée à cette adresse..... Téléphone indispensable

Courriel :

Préciser s'il s'agit :

du domicile en qualité de : propriétaire – locataire – hébergé en famille - hébergé chez un tiers (rayer les mentions inutiles)

d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées (joindre votre dernière facture)

de l'accueil par un particulier à domicile et à titre onéreux

Adresse précédente :

.....
(avec dates d'arrivée et dates de départ)

A remplir **obligatoirement** si l'intéressé est soit en établissement (foyer-résidence, maison de retraite) soit réside à l'adresse actuelle depuis moins de 3 mois.

Le dossier de demande intégralement rempli, accompagné des pièces justificatives doit être adressé à :

**Conseil Général de Seine et Marne
Direction des Personnes Agées et des Adultes Handicapés
Service des Prestations
Hôtel du Département
77010 MELUN Cedex**

IDENTITE - SITUATION	LE DEMANDEUR	LE CONJOINT OU LA PERSONNE VIVANT MARITALEMENT
Nom de naissance		
Nom marital		
Prénom		
Date et lieu de naissance		
N° de sécurité sociale		
Nationalité (française, ressortissant de l'union européenne, autre...)		
Date d'arrivée en France pour les étrangers		
Situation de famille (marié(e) divorcé(e), veuf(ve), célibataire, concubin(e), pacsé(e))		
Organisme de la retraite principale		
Situation du conjoint (retraité ou salarié)		

COORDONNEES DE LA PERSONNE REFERENTE DU DEMANDEUR
(enfant, parent, autre) à contacter pour la visite d'évaluation ou en cas d'urgence

M., Mme, Mlle.....Lien de parenté.....
 Adresse.....
 Code Postal..... Ville.....
 Téléphone.....courriel :.....

MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE

Le demandeur fait-il l'objet d'une mesure de protection : oui (si oui, joindre une copie du jugement) non

sauvegarde de justice Tutelle Curatelle

Nom et adresse du tuteur ou de l'association chargé de la mesure :.....

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES : Bénéficiez-vous déjà de :

Allocation Compensatrice pour tierce personne	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Prestation de compensation du handicap	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Aide sociale en établissement	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Allocation personnalisée d'autonomie	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Aide ménagère au titre de l'aide sociale par le Conseil Général	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Majoration tierce personne	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Aide ménagère versée par les caisses de retraite	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	→ nombre d'heures.....	

• L'organisme intervenant :
 • Caisse de retraite qui vous aide :.....
 • ou mutuelle.....
 • ou retraite complémentaire.....

Attention : l'Allocation Personnalisée d'Autonomie n'est cumulable ni avec la Prestation de Compensation du Handicap, ni avec l'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne, ni avec la majoration pour aide constante d'une tierce personne, ni avec la prestation d'aide ménagère versée par le Conseil Général

RESSOURCES ANNUELLES		
	Montant annuel perçu par le demandeur (en €)	Montant annuel perçu par le conjoint ou concubin ou pacsé (en €)
Retraite principale (à préciser)		
Retraites complémentaires (à détailler)		
Traitements et salaires		
Bénéfices commerciaux		
Bénéfices agricoles		
Revenus locatifs (ou fonciers)		
Allocations diverses (ex : allocation aux adultes handicapés, allocation spéciale vieillesse, pension alimentaire)		
Total annuel		

VOS BIENS IMMOBILIERS		
	Propriété(s) bâtie(s)	Propriété(s) non bâtie(s)
Nature (Précisez : résidence principale, résidence secondaire, terrain)		
Adresse(s)		
Valeur(s) locative(s) (en €) (voir taxe foncière)		
Montant des revenus procurés par le bien		
Usage actuel (Précisez si occupé par demandeur, occupé à titre gratuit, location, en fermage, inoccupé)		

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné (e), M ou Mme.....agissant :

en mon nom propre en qualité de représentant de M. ou Mme.....

certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus et dans les documents annexes. Je suis informé(e) que pour vérifier les déclarations, les services du Conseil Général peuvent demander toutes les informations nécessaires aux administrations publiques, notamment aux administrations fiscales, aux organismes de sécurité sociale et de retraite complémentaire qui sont tenus de les leur communiquer (art. L232-16 de la loi du 20/07/2001 instaurant l'APA). Toute fausse déclaration ou falsification de 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 le..... à

Signature

CNIL – Commission Nationale Informatique et Liberté

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné au traitement des dossiers d'allocation personnalisée d'autonomie. Les destinataires des données sont les administrations et organismes habilités à connaître des dossiers d'aide à domicile ou en établissement. Conformément à la loi «informatique et libertés» du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser à la Direction des Personnes Agées et Adultes Handicapées, par voie postale à l'adresse postale suivante DPAAH – Service des Prestations – Hôtel du Département - 77010 MELUN CEDEX.

L'ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE (A.P.A.)

Conditions d'attribution de cette allocation départementale

LOI N° 647 DU 20-07-2001 - LOI N° 289 DU 31-03-2003

et leurs décrets d'application

N° 1084, 1085, 1086 ET 1087 DU 20-11-2001

N° 278 DU 28 MARS 2003

1 – Qu'est-ce que l'APA ?

Attribuée et versée par le Conseil Général depuis le 1^{er} janvier 2002.

Elle est destinée aux personnes âgées qui ne peuvent plus, ou difficilement, accomplir les gestes simples de la vie quotidienne (se lever, se déplacer, s'habiller, faire sa toilette, prendre ses repas, etc...).

Elle permet de financer tout ou partie de la prise en charge de la perte partielle ou totale d'autonomie.

2 – Qui peut en bénéficier ?

Toute personne âgée de 60 ans et plus, quelles que soient ses ressources, ayant une résidence stable et régulière en France et dont le degré de perte d'autonomie correspond aux Groupe Iso Ressources (GIR) 1, 2, 3 ou 4.

3 – Qu'est-ce qu'un GIR ?

Un GIR (groupe iso-ressources) est une classification permettant de mesurer le degré de perte d'autonomie de la personne à l'aide d'une grille nationale d'évaluation de la dépendance, grille AGGIR (Autonomie, Gérontologie, Groupe Iso-Ressource)

La grille AGGIR comporte 6 GIR : le GIR 1 correspond au plus fort degré de perte d'autonomie physique et psychique, les GIR 5 et 6 correspondent aux personnes peu dépendantes ou valides.

4 – Où retirer le dossier de demande ?

En s'adressant au centre communal d'action sociale (CCAS), à la Mairie de la commune de résidence de la personne âgée, au Conseil général (à la Maison Départementale de Solidarité la plus proche de son domicile, à la DGA – Solidarité au service des Prestations), dans les services d'aide et d'accompagnement à domicile et aux centres locaux d'information et de coordination (CLIC). Le dossier complété sera ensuite transmis au Conseil Général avec les pièces justificatives.

5 – Comment l'APA est-elle attribuée ?

Elle est accordée par décision du Président du Conseil Général sur proposition d'une commission qu'il préside.

Les droits de l'APA sont ouverts, au plus tard, 2 mois suivant la date de réception du dossier de demande complet.

A domicile, comme en établissement pour personnes âgées dépendantes, l'instruction de la demande comporte l'évaluation du degré de perte d'autonomie de la personne âgée.

Un travailleur médico-social (assistante sociale, conseillère en économie sociale et familiale, infirmière ou médecin) se rend chez la personne âgée pour élaborer un plan d'aide.

Le bénéficiaire doit ensuite déclarer au Département les aides mises en place conformément au plan d'aide qu'il a approuvé.

En l'absence d'aide effective, ou sans justificatif de dépenses, ou si les dépenses ne correspondent pas à la nature des aides figurant dans le plan d'aide, le Département peut suspendre le versement de l'APA et récupérer les sommes versées à tort ou sans justificatifs.

6 – Quelles sont les dépenses couvertes par l'APA ?

L'APA finance, en totalité ou partiellement les dépenses de toute nature correspondant au plan d'aide accepté par le bénéficiaire, telles que :

- interventions d'un service d'aide à domicile ou d'un salarié déclaré (à l'exclusion du conjoint ou de la personne vivant maritalement avec la personne âgée) ;
- accueil familial ;
- accueil de jour ou hébergement temporaire en établissement ;
- portage de repas, téléalarme, fournitures d'hygiène, transport ;
- adaptation du logement ou de l'environnement matériel.

L'APA n'est pas cumulable avec l'aide ménagère prise en charge par l'aide sociale, l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP), la majoration pour tierce personne (MTP), la prestation de compensation du handicap (PCH).

7 – Comment l'APA est-elle calculée ?

A domicile : le montant maximum du plan d'aide attribuable est fixé par un barème national. Pour chaque GIR, il est calculé à partir du montant de la Majoration pour Tierce Personne (MTP) de la Sécurité Sociale :

GIR 1 : $MTP \times 1,19$

GIR 3 : $MTP \times 0,76$

GIR 2 : $MTP \times 1,02$

GIR 4 : $MTP \times 0,51$

Le montant de l'APA versée est égal au montant du plan d'aide effectivement utilisé par le bénéficiaire, diminué le cas échéant d'une participation laissée à sa charge.

Cette participation varie selon les ressources mensuelles du demandeur :

- si elles sont inférieures à la $MTP \times 0,67$, il n'aura pas de participation ;

- si elles sont comprises entre la MTP x 0,67 et la MTP x 2,67, la participation sera progressive en fonction du niveau des ressources ;
- si elles sont supérieures à la MTP x 2,67, la participation s'élèvera à 90 % du montant du plan d'aide.

8 – Quelles sont les ressources prises en compte pour le calcul de la participation ?

Il est tenu compte :

- des revenus imposables perçus par la personne âgée et son conjoint ou la personne qui vit maritalement avec elle ;
- des revenus soumis au prélèvement libératoire (article 125A du Code Général des Impôts) ;
- des revenus du capital mobilier ou immobilier ;
- d'une partie de la valeur locative du patrimoine immobilier dormant, à l'exception de la résidence principale lorsqu'elle est occupée par la personne âgée, par son conjoint ou la personne qui vit maritalement avec elle, par un enfant ou petit enfant.

Les ressources du couple sont divisées par 1,7 si les deux membres du couple résident conjointement à domicile.

Pour éviter des erreurs de calcul de sa participation éventuelle, la personne âgée est invitée à renseigner de façon précise tout le dossier qui lui a été remis. Des renseignements imprécis peuvent donner lieu à des enquêtes complémentaires.

9 – Peut-on choisir entre l'ACTP (Allocation Compensatrice pour Tierce Personne) ou la PCH (Prestation de compensation du handicap) et l'APA ?

- si l'ACTP ou la PCH a été obtenue avant l'âge de 60 ans, la personne peut, deux mois avant son soixantième anniversaire puis, au delà, deux mois avant chaque renouvellement, choisir le maintien de son ACTP ou de la PCH ou solliciter l'APA ;
- si l'ACTP a été obtenue après l'âge de 60 ans, la personne âgée percevra son ACTP jusqu'à son terme. Au-delà de cette échéance, elle ne peut que solliciter l'APA.

10 – l'APA est-elle soumise au contrôle d'effectivité ?

L'APA vous permet d'employer une ou plusieurs personnes pour vous aider au quotidien.

Vous devez adresser au Président du Conseil Général, dans un délai d'un mois, suivant la notification d'attribution, une déclaration mentionnant le ou les salariés embauchés ou le service d'aide à domicile auquel vous avez recours.

Vous devez de même signaler tout changement de situation et produire tous justificatifs demandés.

11 – l'APA est-elle récupérable sur le patrimoine ?

L'attribution de l'APA n'a pas d'incidence sur la transmission du patrimoine. Aucun recours n'est exercé sur la succession du bénéficiaire ni contre les personnes ayant bénéficié d'une donation faite par le bénéficiaire de l'APA.

**LISTE DES PIÈCES JUSTIFICATIVES
POUR UNE DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISÉE
D'AUTONOMIE (APA) A DOMICILE**

- Imprimé de demande dûment complété et signé,**
- Photocopie du livret de famille ou de la carte nationale d'identité ou un extrait de naissance**
(pour le demandeur de nationalité française),
- Photocopie du passeport de la communauté européenne** (pour les demandeurs de nationalité autre que française, mais appartenant à la communauté européenne),
- Photocopie de la carte de résidence ou du titre de séjour en cours de validité** (pour les demandeurs de nationalité étrangère, hors communauté européenne),
- Justificatif de domicile (quittance de loyer ou attestation d'hébergement ou taxe d'habitation),**
- 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, pour une demande déposée entre septembre à décembre, celui de l'année n-1),
- Photocopie du dernier relevé des taxes foncières sur les propriétés bâties et sur les propriétés non bâties,**
- Un relevé d'identité bancaire ou postal,**
- Pour les demandes d'APA à domicile, l'autorisation de versement au Prestataire**
- Pour les personnes hébergées en famille d'accueil, fournir le contrat d'accueil et l'arrêté d'agrément,**
- Certificat médical à joindre au dossier sous pli cacheté en indiquant le nom, le prénom, la commune et le code postal du demandeur (pièce non obligatoire)**

**CERTIFICAT MEDICAL POUR UNE DEMANDE
D'ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE**

IDENTIFICATION DU DEMANDEUR

Nom de naissance _____

Nom marital _____

Prénom _____ Date de naissance _____

Adresse _____

Code Postal / Ville _____

Madame, Monsieur et cher confrère,

La loi du 20 juillet 2001 a institué l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) qui est attribuée et versée par le Conseil général .

Cette prestation est destinée aux personnes âgées de 60 ans et plus qui ont besoin d'être aidées pour accomplir les actes essentiels de la vie à domicile, ou de bénéficier d'une amélioration de leur environnement quotidien.

Votre patient(e) a demandé à bénéficier de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie (APA). Il (elle) va recevoir la visite d'une assistante sociale ou d'une infirmière. Celle-ci fera le point sur son environnement et ses besoins, à l'aide de la grille d'évaluation AGGIR.

Vous pourrez, si votre patient(e) le souhaite, être présent à cette rencontre.

En tout état de cause, il me serait très utile de connaître votre propre évaluation de l'état de santé de cette personne, pour pouvoir établir le mieux possible le « plan d'aide » dont elle bénéficiera. C'est pourquoi je vous serais obligé(e) de bien vouloir remplir le formulaire ci-joint et le remettre sous pli confidentiel à l'intéressé(e), qui le joindra à son dossier de demande.

Lors de l'évaluation du GIR (Groupe Iso-ressources) et/ou de l'élaboration du plan d'aide, je pourrai être amené(e) à vous consulter pour de plus amples informations.

Je vous remercie par avance de ce que vous ferez pour votre patient(e) et vous prie d'agréer, cher confrère, l'expression de mes sincères salutations.

Le médecin responsable de l'équipe
Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)
de la Maison des Solidarités

CONDITIONS DE VIE

- à domicile seul(e) à domicile en couple à domicile en famille
 en famille d'accueil en foyer résidence en établissement

DONNÉES MÉDICALES

Poids :.....

Taille :.....

- | | | |
|----------------|--------------------------|--------------------------|
| Dénutrition | oui | non |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Déshydratation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- Droitier
Gaucher

Pathologies

Pathologies actuelles nécessitant une surveillance et/ou un traitement

Séquelles actuelles des affections antérieures

Traitement de fond

- médicaments prise autonome
 préparation par un tiers
 administration par un tiers

- appareillages éventuels (y compris prothèses dentaires)

- auxiliaires médicaux infirmier(e)
 aide-soignant(e)
 kinésithérapeute
 autre

Types de soins – Fréquence hebdomadaire

DÉFICIENCES

Si vous cochez la case « OUI », veuillez détailler les déficiences constatées.

		non	oui A titre intermittent	oui A titre permanent	Déficiences constatées
• psychique :	intellectuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	mémoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	orientation				
	- dans le temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	- dans l'espace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	comportement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• du langage et de la parole		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• sensorielles (après correction éventuelle)	auditive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	visuelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• appétit		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• fonction cardio-respiratoire (appréciée sous traitement)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• mastication		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• déglutition		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• appareil loco	membres sup.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	membres inf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• incontinence	urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	fécale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• autres					_____

AUTONOMIE DANS LA VIE QUOTIDIENNE

Veillez préciser la nature de l'aide effectivement apportée et indiquer les aides techniques éventuellement utilisées.
Les aides matérielles et techniques sont considérées comme faisant partie de la personne.

		Correctement et toujours seule	Seule avec stimulation et/ou surveillance	Incorrectement et/ou partiellement seule	Jamais seule	Nature de l'aide
• toilette :		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• habillage - déshabillage		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• repas	préparer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	se servir à table	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	manger-boire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• hygiène de l'élimination (y compris les changes)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• transferts	se lever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	se coucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	s'asseoir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• déplacement à l'intérieur du domicile (jardin compris)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• déplacement à l'extérieur		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• communication	appeler à l'aide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	téléphoner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	utiliser une alarme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• entretien	faire les courses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	faire le ménage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

OBSERVATIONS ET SUGGESTIONS (aides préconisées)

	Certificat établi par le docteur..... Le..... à Signature et cachet du médecin
--	---

ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE A DOMICILE

VERSEMENT AU PRESTATAIRE

NOM :

Je soussigné (e).....

Demeurant :.....
.....

AUTORISE le service d'aide à domicile à facturer directement au Conseil Général de Seine et Marne les heures d'intervention effectivement servies et finançables au titre de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)

Fait à....., le..... Signature