

N° de dossier :

ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE

DOSSIER DE DEMANDE

Pour une personne de 60 ans ou plus :

- à domicile (*)
- en établissement (*)

(*) cocher la case correspondante

Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 - Décret n° 2003-278 du 28 mars 2003

Renseignements concernant le demandeur

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal : |_|_|_|_|_|_|_| Commune :

Téléphone : (ou le cas échéant coordonnées de la personne référente)

Préciser s'il s'agit :

- du domicile
- de l'accueil par un particulier à domicile à titre onéreux dans le cadre de la loi du 10 juillet 1989
- d'un logement foyer (*)
- d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées (*)

(*) si l'intéressé est accueilli dans un établissement d'hébergement ou en logement foyer ou s'il réside à cette adresse depuis moins de 3 mois

Adresses précédentes : (préciser les dates d'arrivée et les dates de départ)

Cadre réservé à l'administration

Dossier déposé le : Dossier complet le :

Domicile de secours : Département :

Pièces justificatives à fournir impérativement :

- Copie du livret de famille ou carte nationale d'identité ou passeport ou carte de résidence ou titre de séjour en cours de validité
- Photocopie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition à l'impôt sur le revenu
- Photocopie des derniers avis d'imposition relatifs à la taxe foncière sur les propriétés bâties et/ou à la taxe sur les propriétés non bâties
- Relevé d'identité bancaire ou postal

Autres pièces justificatives :

- Le certificat médical de votre médecin traitant (non obligatoire) peut utilement contribuer à une meilleure prise en compte de votre situation par l'équipe médico-sociale départementale.

Un modèle de certificat médical est disponible.

Veuillez nous l'adresser sous pli confidentiel et nous indiquer les coordonnées de **votre médecin traitant** :

Dr : Numéro de téléphone :

- Photocopie de la carte d'assuré social
- S'il y a lieu : bulletins d'hospitalisation d'entrée ou de sortie

Renseignements concernant le ménage du demandeur

| | Le demandeur | Le conjoint ou la personne vivant maritalement |
|---|--------------|--|
| Nom ou nom marital pour les femmes | | |
| Prénom | | |
| Date et lieu de naissance | | |
| N° de sécurité sociale | | |
| Nationalité (française, ressortissant de l'Union européenne, autre...) | | |
| Situation de famille (marié, divorcé, veuf, concubin, célibataire, ayant conclu un P.A.C.S) | | |
| Régime de retraite principal | | |
| Situation du conjoint (retraité ou salarié) | | |

Les ressources annuelles imposables du ménage

| Ressources annuelles | Le demandeur | Le conjoint ou la personne vivant maritalement |
|---|--------------|--|
| Pensions vieillesse y compris les retraites complémentaires | | |
| Salaires ou bénéfices déclarés | | |
| Revenus de capitaux mobiliers ou immobiliers | | |
| TOTAL ANNUEL | | |

Biens immobiliers du demandeur

Habitation principale :

- propriétaire
- locataire
- occupant à titre gratuit

| Type de biens immobiliers figurant sur l'avis d'imposition relatif à la taxe foncière | Adresse |
|---|---------|
| Résidence principale | |
| Résidence(s) secondaire(s) | |
| Propriétés non bâties | |

Autres renseignements

Bénéficiez vous, vous ou votre conjoint :

- de l'allocation compensatrice pour tierce personne oui non
- de la prestation spécifique dépendance oui non
- de l'aide-ménagère au titre de l'aide sociale départementale oui non
- de la prestation d'aide-ménagère d'une caisse de retraite oui non
- d'une majoration pour tierce personne oui non

(le cas échéant : joindre copie de la notification)

Mentionner le cas échéant si vous faites l'objet d'une mesure de protection :

- Sauvegarde de justice
- Tutelle
- Curatelle

(Joindre la copie du jugement de tutelle ou de curatelle)

Nom et adresse du tuteur, du curateur ou de l'organisme chargé de la gestion des biens :

Lien de parenté du tuteur ou du curateur (le cas échéant) :

Si les courriers doivent être adressés à une autre personne que le demandeur, précisez en la qualité, et indiquez ses nom, adresse, et numéro de téléphone.

Je soussigné :

- M./Mme agissant en mon nom propre
- M. /Mme en ma qualité de représentant légal de :
M./Mme

Certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus qui sont fournis dans le cadre de la demande de l'allocation personnalisée d'autonomie.

Je suis informé(e) que toute fausse déclaration ou falsification de document, toute obtention usurpée d'un droit m'exposerait à des sanctions pénales et financières prévues par la loi (article 441-6 du code pénal).

Fait à, le

Signature :

DISPOSITIONS RELATIVES A LA LOI DU 6 JANVIER 1978

Les traitements relatifs à cette demande sont informatisés. Ils sont soumis aux dispositions de la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 qui protège les droits et libertés individuels.

Conformément à 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 de vous adresser, en justifiant votre identité à :

Monsieur le Président du Conseil général
Direction des services aux personnes âgées et aux personnes handicapées
94054 CRETEIL CEDEX

ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE

Certificat médical confidentiel

à remplir par le médecin traitant désigné par la personne et à mettre sous pli cacheté.

IDENTIFICATION DU DEMANDEUR

Nom : Sexe (homme : 1 - femme : 2)

Prénom :

Date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Adresse :

La personne bénéficie-t-elle de l'allocation personnalisée d'autonomie : (oui : 0 - non : N)

La personne bénéficie-t-elle d'une allocation tierce personne : (oui : 0 - non : N)

La personne est-elle sous tutelle, curatelle ou sauvegarde de justice : (oui : 0 - non : N)

SITUATION SOCIALE ET MÉDICALE

Contexte social : 1 : totalement seule - 2 : seule mais entourée - 3 : en couple - 4 : accueillie -
5 : autre, précisez

La personne bénéficie-t-elle d'un passage infirmier : (oui : 0 - non : N)

Lequel ? : |_|_|_|_| infirmière libérale : LI - service de soins infirmiers à domicile : SI -
hospitalisation à domicile : HAD)

Nombre de passages quotidiens : |_|_|

Autre soins (paramédicaux, lesquels ?) :

LES PATHOLOGIES

Les pathologies nécessitant une surveillance et un traitement

1 : pathologie aiguë - 2 : pathologie chronique ou stabilisée - 3 : phase terminale d'une affection

Évolutivité

1

2

3

4

5

6

Traitement actuel :

.....

PRÉCISIONS CONCERNANT L'ÉTAT DE DÉPENDANCE

Nous souhaiterions avoir votre avis sur l'autonomie de votre patient(e) selon la grille A.G.G.I.R. :

A : fait seul totalement habituellement et correctement ; **B** : fait partiellement ou non habituellement ou non correctement ; **C** : ne fait pas du tout

| Appréciation sur ses capacités et sur les actes qu'il peut réaliser | A | B | C |
|--|---|---|---|
| COHÉRENCE : converser et/ou se comporter de façon logique et sensée | | | |
| ORIENTATION : se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux | | | |
| TOILETTE : concerne l'hygiène corporelle | | | |
| HABILLAGE : s'habiller, se déshabiller, se présenter + appareillage | | | |
| ALIMENTATION : manger les aliments préparés | | | |
| ÉLIMINATION : assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale | | | |
| TRANSFERTS : se lever, se coucher, s'asseoir | | | |
| DÉPLACEMENTS À L'INTERIEUR : avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant | | | |
| COMMUNICATION À DISTANCE : utiliser les moyens de communication : téléphone, sonnette, alarme, .. | | | |
| SUIVI DU TRAITEMENT | | | |
| ACTIVITÉS MÉNAGÈRES : ménage, préparation des repas, ... | | | |

Votre avis sur l'évolution de l'état de dépendance du patient, précisez :

.....

.....

.....

Signature

Cachet

Date