

Allocation Personnalisée Autonomie

Dossier de demande



LE DÉPARTEMENT
FAVORISE
L'AUTONOMIE
DES
PERSONNES ÂGÉES

Un dossier bien rempli et complet permettra un traitement plus rapide de votre demande.

➔ Les fiches remplies accompagnées des pièces justificatives sont à retourner à l'adresse suivante :

Monsieur le Président du Conseil départemental du Nord
Direction de l'Accès à l'Autonomie
Hôtel du Département
51, rue Gustave Delory
59047 LILLE Cedex

lenord.fr

LISTE DES PIÈCES À JOINDRE AU DOSSIER

PIÈCES OBLIGATOIRES

Le dossier ne sera déclaré complet qu'au vu des pièces justificatives suivantes à joindre à la demande :

- a) La photocopie du livret de famille ou de la carte nationale d'identité ou d'un passeport d'un État membre de l'Union européenne ou un extrait d'acte 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.
- b) 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 (ex. année 2005) : fournir l'avis d'imposition ou de non-imposition de l'année n-2 (ex : année 2003) ; de septembre à décembre, celui de l'année n-1 (ex : année 2004).
- c) Le cas échéant, toute pièce justificative des biens ou capitaux relevant du patrimoine dormant (photocopie du dernier relevé des taxes foncières sur les propriétés bâties et non bâties, relevé annuel d'assurance vie...)
- d) Un relevé d'identité bancaire ou postal.
- e) **A.P.A. en établissement :**
 - La proposition du niveau de perte d'autonomie du résident est une pièce obligatoire à remplir par l'équipe médico-sociale de l'établissement sous la responsabilité du médecin coordonnateur ou, à défaut, par un médecin conventionné par l'assurance maladie.
 - L'arrêté de tarification de l'établissement : si le département du domicile de secours n'est pas le département où le demandeur réside, le directeur de l'établissement doit fournir l'arrêté de tarification.

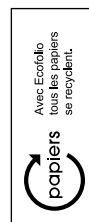
PIÈCES COMPLÉMENTAIRES

A.P.A. à domicile :

- a) Évaluation de la perte d'autonomie du demandeur : le demandeur peut joindre au dossier l'avis de son médecin traitant.
- b) Justificatif de domicile (facture EDF, téléphone, ...).
- c) Le cas échéant, copie du jugement de la mesure de protection juridique (sauvegarde de justice, curatelle, tutelle) et justificatif de l'état civil du tuteur.

A.P.A. en établissement :

- a) Le bulletin de situation de l'établissement précisant la date d'entrée.
- b) Le Groupe Iso Ressource (G.I.R.) établi par le médecin référent de l'établissement.
- c) Le cas échéant, copie du jugement de la mesure de protection juridique (sauvegarde de justice, curatelle, tutelle) et justificatif de l'état civil du tuteur.



CADRE RÉSERVÉ AU DÉPARTEMENT

Date de réception de la demande :
(cachet du Département)

DOSSIER N°

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

A - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DEMANDEUR

1 - ÉTAT CIVIL

	LE DEMANDEUR	LE CONJOINT (1)																																								
NOM (nom de naissance suivi, s'il y a, du nom d'usage)																																										
Prénom(s)																																										
Date et lieu de naissance																																										
N° Sécurité Sociale	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																					<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				
Nationalité	☐ Française ☐ Ressortissant de l'Union européenne ☐ Autre :																																									
Situation familiale	☐ Marié(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf(ve) ☐ Concubin(e) ☐ PACS ☐ Célibataire																																									
Téléphone	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																					<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				
Êtes-vous retraité(e) ?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non																																								
Êtes-vous en activité ?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non																																								
Si oui, précisez le régime de retraite principal (celui du nombre de trimestres validés le plus important)																																										

(1) Il peut s'agir du conjoint, du concubin ou de la personne avec laquelle le demandeur a conclu un pacte civil de solidarité.

2 - ADRESSE

Adresse actuelle du demandeur :

Commune :

 Code postal :

--	--	--	--	--	--

Date d'arrivée du demandeur à l'adresse actuelle :

Cocher l'une des cases suivantes si le lieu de résidence est :

☐ Un établissement d'hébergement pour personnes âgées. Date d'entrée :

☐ Le domicile d'un particulier accueillant à titre onéreux dans le cadre de la loi du 10 juillet 1989 relative à l'accueil familial.

Date de début de l'accueil :

Pour les personnes résidant en structure médico-sociale (logement foyer, EHPAD, petite unité de vie) ou en famille d'accueil agréée, indiquer l'adresse précédente du demandeur :

Du

--	--

--	--

--	--	--	--

 au

--	--

--	--

--	--	--	--

Lieu de résidence actuel du conjoint, si différent de celui du demandeur :

3 - MESURES DE PROTECTION

Mentionner, le cas échéant, l'existence d'une mesure de protection juridique : ☐ sauvegarde de justice ☐ curatelle ☐ tutelle
(Si oui, joindre la copie du justificatif).

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

4 - COORDONNÉES

Coordonnées de la personne référente à contacter pour la visite d'évaluation à domicile ou en cas d'urgence (enfant, parent, autres...).

Nom, adresse, n° de téléphone : _____

Nom du médecin traitant du demandeur (nom, adresse, téléphone) : _____

B - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES REVENUS ET LE PATRIMOINE DU DEMANDEUR

L'appréciation des ressources permettant le calcul de votre participation s'effectuera principalement à partir de votre dernier avis d'imposition ou de non-imposition à l'impôt sur le revenu et du relevé de la taxe foncière sur les propriétés bâties et non bâties.

1 - RESSOURCES NE FIGURANT PAS DANS L'AVIS D'IMPOSITION OU DE NON-IMPOSITION À L'IMPÔT SUR LE REVENU

(à remplir uniquement par les personnes destinataires d'une attestation bancaire annuelle)

Avez-vous des revenus soumis au prélèvement libératoire en application de l'article 125-0 A et 125 D du code général des impôts ?

☐ Oui ☐ Non Si oui, montant à préciser pour le demandeur : _____

Montant à préciser pour son conjoint, son concubin ou la personne avec laquelle il a conclu un pacte civil de solidarité : _____

2 - ALLOCATIONS

Percevez-vous ?

La majoration pour aide constante d'une tierce personne (MTP)	☐ Oui ☐ Non
La prestation complémentaire pour recours à tierce personne (PC RTP)	☐ Oui ☐ Non
L'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP)	☐ Oui ☐ Non
La prestation de compensation du handicap (PCH)	☐ Oui ☐ Non
L'aide ménagère versée par les caisses de retraite	☐ Oui ☐ Non
L'aide ménagère au titre de l'aide sociale départementale	☐ Oui ☐ Non

Attention :

Aucune de ces prestations n'est cumable avec l'allocation personnalisée d'autonomie

3 - PATRIMOINE DORMANT (biens ou capitaux ni exploités ni placés)

À renseigner pour le demandeur et, le cas échéant, son conjoint, son concubin ou la personne avec laquelle il a conclu un pacte civil de solidarité.

a) AVEZ-VOUS DES BIENS IMMOBILIERS ? (à l'exception de la résidence principale lorsqu'elle est occupée par l'intéressé, son conjoint, son concubin ou la personne avec laquelle il a conclu un pacte civil de solidarité, ses enfants ou petits-enfants)

☐ Oui ☐ Non (Si oui, remplir le cadre suivant) :

NATURE (propriétés bâties, non bâties)	ADRESSE	VALEUR LOCATIVE (indiquée dans le dernier relevé de la taxe foncière sur les propriétés bâties et sur les propriétés non bâties)

b) AVEZ-VOUS DES BIENS MOBILIERS ET CAPITAUX NON PLACÉS ? (dont assurance vie)

(NOTA : Ne pas déclarer les capitaux placés, y compris ceux exonérés d'impôts (livret A, livret de développement durable, plan d'épargne logement, plan d'épargne en actions...), qui ne constituent pas du patrimoine dormant. En revanche, la valeur des contrats d'assurance-vie, qui relèvent du patrimoine dormant, doit être déclarée.)

C - DEMANDE SIMPLIFIEE D'UNE CARTE MOBILITE INCLUSION (CMI)
(Article L. 241-3 du code de l'action sociale et des familles)

Souhaitez-vous bénéficier de la carte mobilité inclusion comportant la mention « invalidité » ou « priorité » :

☐ Oui ☐ Non

Souhaitez-vous bénéficier de la carte mobilité inclusion comportant la mention « stationnement pour personnes handicapées » :

☐ Oui ☐ Non

Bénéficiez vous déjà d'une :

• « carte invalidité » : ☐ Oui ☐ Non Date d'expiration : _____

• « carte de priorité » : ☐ Oui ☐ Non Date d'expiration : _____

• « carte de stationnement pour personnes handicapées » : ☐ Oui ☐ Non Date d'expiration : _____



Les cartes en cours restent toujours valables sur leurs périodes de validité, et au plus tard jusqu'au 31/12/2026. Dans ce cas les nouvelles cartes CMI ne sont donc pas nécessaires.

D - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PROCHES AIDANTS DU DEMANDEUR
(LE CAS ÉCHÉANT)

Ce volet du dossier de demande vise à apporter des premières informations sur les personnes de votre famille ou de votre entourage amical ou de voisinage qui vous apportent une aide dans la vie quotidienne, qu'on dénommera « aidants » dans ce qui suit. Son remplissage est facultatif.

Nom(s) et prénom(s) de votre ou de vos aidants :

Âge(s) de votre ou de vos aidants :

Lieu de résidence de votre ou de vos aidants :

Nature de votre lien avec votre ou vos aidants :

Nature de l'aide apportée (par exemple accompagnement dans les déplacements à l'extérieur de votre domicile, courses...) :

Durée et périodicité approximatives de cette aide pour une journée, une semaine ou un mois (selon ce qui vous paraît le plus pertinent) :

E - EN CAS DE REJET DE L'APA

Autorisez-vous la transmission de votre dossier à votre caisse de retraite pour qu'il soit procédé à l'étude de vos droits au titre de l'aide ménagère ?

☐ Oui ☐ Non

F - DÉCLARATION SUR L'HONNEUR**a) DISPOSITIONS RELATIVES À LA LOI « INFORMATIQUE ET LIBERTÉ »**

Les traitements relatifs à cette demande sont informatisés. Ils sont donc soumis aux dispositions de la loi « Informatique et Libertés » 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 • Toutes les réponses aux différents questionnaires sont obligatoires. Un défaut de réponse entraînera des retards ou une impossibilité dans 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 selon la prestation dont vous bénéficiez en justifiant de votre identité à : Monsieur le Président du Conseil départemental du Nord.

b) DISPOSITIONS RELATIVES À LA TRANSMISSION DES INFORMATIONS ET À LA FRAUDE

- Conformément à l'article L.232-16 du code de l'action sociale et des familles, pour vérifier les déclarations des intéressés, les services chargés de l'évaluation des droits à l'allocation personnalisée d'autonomie peuvent demander toutes les informations nécessaires aux administrations publiques, notamment aux administrations fiscales, aux collectivités territoriales, aux organismes de sécurité sociale et de retraite complémentaire qui sont tenus de les leur communiquer.
- Le fait de percevoir ou de tenter de percevoir frauduleusement des prestations au titre de l'aide sociale est puni des peines prévues par les articles 313-1, 313-7 et 313-8 du code pénal.

Je soussigné(e) ☐ M. ☐ Mme _____

agissant en mon nom propre ou en qualité de représentant(e) légal(e) du demandeur,
certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis ci-dessus.

Fait à _____ le _____

Signature

CERTIFICAT MEDICAL

**relatif à une demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) à Domicile
avec ou sans demande de Carte(s) Mobilité Inclusion (CMI)**

Ce certificat médical contient les éléments nécessaires pour que les équipes d'évaluation APA établissent le plan le plus adapté à la situation de votre patient. Il est obligatoire dans le cadre d'une attribution de CMI.

Nom(s) : Prénom(s) :
 Nom de naissance : Né(e) le :
 Adresse :

1. Pathologie(s) et signe(s) clinique(s) contribuant à l'atteinte de l'autonomie

Précisez les signes cliniques ayant un impact significatif sur la vie quotidienne de la personne (apragmatisme, dénutrition, troubles de l'équilibre, troubles cognitifs, etc.) :

> Existe-t-il une déficience auditive ayant un retentissement significatif ?

Non ☐ Oui ☐ (merci de joindre un certificat ORL avec un audiogramme tonal)

> Existe-t-il une déficience visuelle ayant un retentissement significatif ?

Non ☐ Oui ☐ (merci de joindre un certificat ophtalmologique précisant l'acuité visuelle de loin et de près avec correction ainsi que les éventuelles atteintes du champ visuel)

2. Prise(s) en charge(s) thérapeutique(s) contraignante(s) (chimiothérapie, dialyse, etc.)

Si oui, précisez :

3. Perspective d'évolution de l'atteinte de l'autonomie

☐ Stabilité ☐ Amélioration (durée prévisible des limitations fonctionnelles :)
☐ Aggravation ☐ Evolutivité majeure ☐ Non définie

4. Mobilité - Déplacements

> Périmètre de marche ? < 200 m ☐ > 200 m ☐

> Le patient a-t-il :

	Non	Oui
○ Une station debout pénible ?	☐	☐
○ Une prothèse externe des membres inférieurs ?	☐	☐
○ Une oxygénothérapie ?	☐	☐

> Pour ses déplacements, le demandeur a-t-il besoin d'une aide ? Non ☐ Oui ☐ (précisez)

☐ Aide humaine ☐ Canne ☐ Déambulateur ☐ Fauteuil roulant
☐ Autre aide technique (précisez) :

> Le demandeur a-t-il besoin d'être accompagné par une tierce personne du fait d'une altération d'une fonction mentale, cognitive, psychique ou sensorielle ? Non ☐ Oui ☐

Aidez-vous de la grille d'appréciation suivante pour répondre aux questions suivantes à choix multiples

Ⓐ	Ⓑ	Ⓒ	Ⓓ	NSP
Réalisé sans difficulté et sans aucune aide	Réalisé avec difficulté ou aide autre qu'humaine	Réalisé avec aide humaine : directe ou stimulation	Non réalisé	Ne se prononce pas

<u>Mobilité, manipulation et capacité motrice</u>	Ⓐ	Ⓑ	Ⓒ	Ⓓ	NSP
Marcher :	☐	☐	☐	☐	☐
Se déplacer à l'intérieur :	☐	☐	☐	☐	☐
Se déplacer à l'extérieur :	☐	☐	☐	☐	☐
Préhension main dominante :	☐	☐	☐	☐	☐
Préhension main non dominante :	☐	☐	☐	☐	☐
Motricité fine :	☐	☐	☐	☐	☐

Précisions :

.....

.....

<u>Cognition / Capacité cognitive</u>	Ⓐ	Ⓑ	Ⓒ	Ⓓ	NSP
Orientation dans le temps :	☐	☐	☐	☐	☐
Orientation dans l'espace :	☐	☐	☐	☐	☐
Gestion de la sécurité personnelle :	☐	☐	☐	☐	☐
Maîtrise du comportement :	☐	☐	☐	☐	☐

Réponse adaptée aux questions ? Non ☐ Oui ☐ Si connu, indiquez le score MMS : /

Précisions:

.....

.....

<u>Entretien personnel</u>	Ⓐ	Ⓑ	Ⓒ	Ⓓ	NSP
Faire sa toilette :	☐	☐	☐	☐	☐
S'habiller, se déshabiller :	☐	☐	☐	☐	☐
Manger et boire des aliments préparés :	☐	☐	☐	☐	☐
Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire :	☐	☐	☐	☐	☐
Assurer l'hygiène de l'élimination fécale :	☐	☐	☐	☐	☐

Précisions :

.....

.....

Vous pouvez joindre à ce certificat les comptes rendus et documents les plus récents et significatifs permettant de mieux comprendre cette situation.

Document rédigé à la demande du patient et remis en main propre.

Fait à , le

Signature et CACHET du médecin
ou n° RPPS et ADELI

Signature du patient (non obligatoire)