

Votre demande

A.P.A

Allocation Personnalisée à l'Autonomie

Demande de révision

Demande de renouvellement



À compléter par le demandeur :

Nom – prénom :

Adresse du demandeur

Rue (lieu-dit) :

CP : Commune :

Réservé à l'administration :

Demande reçue le :

N° individu :

MDS :

Identification du bénéficiaire de l'APA

Nom :

Nom de naissance :

Prénom (s) :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Nationalité :

Numéro de sécurité sociale :

Personne ou organisme à l'origine de la demande

- Demandeur Famille Représentant légal Service social
 EHPAD Autres (à préciser) :

Motif de la demande (à compléter obligatoirement)

Hospitalisation

Dans les 3 derniers mois : Oui Non

En cours : Oui Non

Si oui :

Lieu d'hospitalisation :

Date d'hospitalisation : (joindre bulletin d'entrée)

Date de sortie prévue : (envoyez le bulletin de situation lors de la sortie de l'hôpital)

Formulaire de demande de Carte Mobilité inclusion (CMI) pour les bénéficiaires de l'APA Article L 241-3 du code l'action sociale et des familles

- Si vous bénéficiez de l'APA au titre du GIR 1 ou 2 :
Vous pouvez bénéficier, sans autre condition et à titre définitif, de la CMI, portant les mentions invalidité et stationnement pour personnes handicapées.
- Si vous bénéficiez de l'APA au titre du GIR 3 ou 4 et si votre situation le justifie :
Vous pouvez bénéficier de la CMI portant la mention « priorité »* et /ou la mention « stationnement pour personnes handicapées ».
- Bénéficiez-vous actuellement ?
 - d'une carte d'invalidité : Oui Non
 - d'une carte de priorité : Oui Non
 - d'une carte de stationnement : Oui Non
- Souhaitez-vous la délivrance, dans le cadre du dossier de demande d'APA ?
 - de la CMI portant la mention « invalidité ou priorité »* : Oui Non
 - de la CMI portant la mention « stationnement pour personne handicapée » : Oui Non

* La CMI portant mention ou « invalidité » ou « priorité » relève de l'appréciation de la CDAPH. Votre demande sera transférée, par nos services, à la MDPH du Gers.

Justificatifs à fournir

- Certificat médical de liaison à faire remplir par son médecin traitant ou hospitalier (à joindre sous pli confidentiel – certificat daté de moins de 3 mois)
- Copie de la carte vitale
- Copie intégrale du dernier avis d'imposition ou de non-imposition à l'impôt sur le revenu du demandeur, du conjoint, du concubin ou de la personne ayant conclu un PACS.
- Copie des derniers avis d'imposition relatifs à la taxe foncière sur les propriétés bâties et à la taxe foncière sur les propriétés non bâties
- Attestation bancaire des biens mobiliers et épargne (livrets, Codevi, LDD, actions, obligations...)
- Copie du jugement de protection juridique, le cas échéant
- Bulletin de situation en cas d'hébergement temporaire en EHPAD
- Relevé d'identité bancaire ou postal au nom du bénéficiaire (si changement de situation personnelle)

Attestation sur l'honneur

Je soussigné(e), Monsieur, Madame,

Agissant en mon nom propre,

Représentant de Monsieur ou Madame

Déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur la présente demande.

Fait à, le

Signature du demandeur ou de son représentant légal :

En cas de rejet de votre demande A.P.A, autorisez-vous le Département à informer votre caisse de retraite principale : Oui Non

La loi rend passible d'amende et / ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations.

Dispositions informatique et libertés

Les données à caractère personnel recueillies pour l'instruction des demandes d'APA sont nécessaires et font l'objet d'un traitement informatique par le Département du Gers.

Un défaut de réponse entraînera des retards ou ne permettra pas d'instruire le dossier.

Les destinataires des informations collectées sont exclusivement les services départementaux et les organismes habilités à l'instruction des dossiers, au vu de leurs missions spécifiques.

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant, ainsi que d'un droit d'opposition à leur traitement pour motif légitime.

Vous pouvez exercer ce droit en adressant un courrier au Département du Gers, 81 route de Pessan, BP 20569 – 32022 Auch Cedex 9.

Demande à retourner à l'adresse suivante

Département du Gers
Direction Handicap Dépendance
Service Action Gérontologique
81 route de Pessan
BP20569
32022 AUCH Cedex 9

Certificat médical relatif à une demande d'APA à domicile avec ou sans demande de CMI

Ce certificat médical est adressé au médecin de l'équipe médico-sociale (EMS) en charge de l'allocation personnalisée autonomie (APA) du département.

Il peut donner lieu à un échange et partage d'informations au sein de l'EMS APA qui constitue une équipe de soins. Les informations communiquées avec l'accord de votre patient serviront à établir le plan d'aide APA le plus adapté à sa situation et à déterminer son éligibilité à une carte mobilité inclusion (CMI).

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

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 retentissement significatif sur la vie quotidienne de la personne (apragmatisme, dénutrition, troubles de l'équilibre, troubles cognitifs, troubles de la communication, etc.) :

.....

2. Prise(s) en charge(s) thérapeutique(s)

Indiquez les prises en charges thérapeutiques présentes de manière prolongée et pouvant avoir des répercussions dans la vie de la personne du fait de mode d'administration, de temps de traitement, de répétitions, d'effets secondaires, de contraintes géographiques, etc. (chimiothérapie, dialyse, ...) :

.....

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

- Stabilité Amélioration (préciser la durée prévisible des limitations fonctionnelles : < 1 an > 1 an)
 Aggravation Evolutivité majeure Non définie

4. Mobilité - Déplacements

> Périmètre de marche ? < 200 m > 200 m

> Le patient a-t-il :

- | | Non | Oui |
|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="radio"/> Une station debout pénible ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> Une prothèse externe des membres inférieurs ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> Une oxygénothérapie pour tous ses déplacements? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

> **Pour ses déplacements, la personne a-t-elle besoin systématiquement d'une aide ?** Non Oui (précisez)

Aide humaine (quelles que soient les difficultés rencontrées)

Canne Déambulateur Fauteuil roulant

Autre aide technique (précisez) :

5. Évaluation de la perte d'autonomie

Mobilité, manipulation et capacité motrice	Réalisé seul et/ou avec une aide technique	Réalisé avec l'aide d'un proche ou d'un professionnel	Non réalisé	Ne se prononce pas
Assurer ses transferts (se lever, s'asseoir, se coucher) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déplacer à l'intérieur du domicile :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déplacer à l'extérieur du domicile :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avoir la préhension manuelle :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avoir des activités de motricité fine :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Précisions :

.....

.....

Autres actes essentiels de la vie quotidienne	Réalisé seul et/ou avec une aide technique	Réalisé avec l'aide d'un proche ou d'un professionnel	Non réalisé	Ne se prononce pas
Faire sa toilette :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'habiller, se déshabiller :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manger et boire des aliments préparés :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assurer l'hygiène de l'élimination fécale :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Précisions :

.....

.....

Cognition / Capacité cognitive	Réalisé seul et/ou avec une aide technique	Réalisé avec l'aide d'un proche ou d'un professionnel	Non réalisé	Ne se prononce pas
S'orienter dans le temps :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'orienter dans l'espace :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gérer sa sécurité personnelle :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maitriser son comportement :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cohérence des réponses aux questions ? Oui Non Si connu, indiquez le score MMS : /

Précisions:

.....

.....

6. Déficiences sensorielles

- > **En cas de déficience auditive avec un retentissement significatif**, merci de joindre le compte rendu type pour un bilan auditif rempli par un ORL (Volet 1 du Cerfa n°15695*01-certificat médical MDPH)
- > **En cas de déficience visuelle avec un retentissement significatif**, merci de joindre le compte-rendu type pour un bilan ophtalmologique rempli par un ophtalmologiste (Volet 2 du Cerfa n°15695*01-certificat médical MDPH)

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

Fait à _____, le _____

Cachet du médecin ou n° RPPS _____ Signature _____