

*Votre 1<sup>ère</sup> demande*

# A.P.A

Allocation Personnalisée à l'Autonomie

*À domicile*



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 : .....

## Qui peut demander l'APA à domicile ?

Toute personne âgée de 60 ans ou plus remplissant les conditions suivantes :

- Résider en France
- Attester d'une résidence stable
- Avoir besoin d'une aide pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne ou nécessiter une surveillance régulière.

## Quelles sont les démarches à accomplir ?

- 1) Compléter le présent dossier de demande d'APA à domicile
- 2) Faire remplir le certificat médical de liaison ci-joint par son médecin traitant ou hospitalier (à joindre sous pli confidentiel – certificat daté de moins de 3 mois)
- 3) Accepter qu'une proposition de plan d'aide personnalisé soit établie à domicile par un professionnel du Département
- 4) Fournir les justificatifs suivants :
  - Copie du livret de famille ou carte nationale d'identité ou passeport de l'Union Européenne ou extrait d'acte de naissance, ou en cas de nationalité étrangère, copie de la carte de résidence ou titre de séjour en cours de validité
  - Relevé d'identité bancaire ou postal au nom du demandeur
  - 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'hospitalisation

## Comment est calculé le montant de l'APA ?

Le montant de l'APA susceptible d'être attribué dépend de trois éléments :

- du GIR (groupe iso-ressources) du bénéficiaire, c'est-à-dire le degré d'autonomie (GIR 1 à 4)
- des besoins nécessaires recensés dans le plan d'aide personnalisé
- de la participation financière du demandeur calculée en fonction des ressources et du plan d'aide

**L'APA ne donne lieu à aucune récupération sur succession.**

## 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.

## Identification du demandeur de l'APA

Nom : .....

Nom de naissance : .....

Prénom (s) : .....

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....

Nationalité : .....

Situation familiale :

Célibataire    Marié (e)    Concubinage    Séparé(e) depuis le : .....

Veuf (ve)    Divorcé (e)    Personne ayant conclu un PACS (Pacte Civil de Solidarité)

Numéro de sécurité sociale : .....

Etes-vous retraité (e) :    Oui                       Non

Si non, précisez : .....

Si oui, nom de l'organisme principal de retraite :

CARSAT    MSA    RSI    CNRACL    Autres (à préciser) : .....

## Identification du conjoint, concubin ou membre du PACS du demandeur

Nom : .....

Nom de naissance : .....

Prénom (s) : .....

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....

Nationalité : .....

Numéro de sécurité sociale : .....

Est-il en activité :             Oui                       Non

Est-il retraité :                 Oui                       Non

Si oui, nom de l'organisme principal de retraite :

CARSAT    MSA    RSI    CNRACL    Autres (à préciser) : .....

## Adresse actuelle du demandeur

Rue (lieu-dit) : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Téléphone : ..... Portable : .....

Mail : .....

Précisez s'il s'agit :

du domicile (si oui, précisez) :  Locataire  Propriétaire

d'une résidence autonomie\* (si oui, précisez le nom) : .....

de l'accueil par un particulier à domicile à titre onéreux  
(si oui, précisez les nom et prénom de l'accueillant familial) : .....

autre établissement (si oui, précisez le nom) : .....

Date d'arrivée à cette adresse : .....

Adresse précédente (à compléter impérativement pour les personnes domiciliés en résidence autonomie\*, en famille d'accueil ou autre établissement) : .....

Lieu de résidence du conjoint, concubin ou membre du PACS si différent :  
.....

Autre personne vivant au domicile du demandeur (hors conjoint, concubin ou membre du PACS)

Nom et Prénom	Date de naissance	Lien	Profession / activité

\* Nouvelle appellation des Logements Foyers issue de la loi du 28.12.2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

## Autres renseignements

### Mesure de protection Juridique

Le demandeur fait-il l'objet d'une mesure de protection juridique ?  Oui  Non  En cours

Si oui, de quel type ?  Sauvegarde de justice  Curatelle  Tutelle  Habilitation familiale  
(Joindre le jugement)

Nom de l'organisme chargé de la mesure : .....

Nom et prénom du mandataire judiciaire : .....

Adresse : .....

### Médecin traitant

Nom du médecin : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

### Personne à contacter pour suivre le dossier

Nom - Prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone : ..... Portable : .....

Mail : .....

Lien avec le demandeur :

Enfant  Petit - enfants  Frère - Sœur  Ami(e)

Autres (à préciser) : .....

## Personne ou organisme à l'origine de la demande

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

## Aides existantes

- Bénéficiez-vous d'une autre aide ?       Oui\*       Non      Montant
- Si oui,     Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP)      .....
- Prestation de Compensation du Handicap (PCH)      .....
- Majoration Tierce Personne (MTP) (Sécurité Sociale ou caisse de retraite)      .....
- Prestation Complémentaire par Recours à Tierce Personne (PC RTP)      .....

\*(Joindre le justificatif correspondant)

**Pour information : l'A.P.A n'est cumulable avec aucune de ces prestations.**

## Autre intervenants à domicile

- Bénéficiez-vous à ce jour d'interventions à votre domicile ?       Oui       Non
- Si oui,     Service d'Aide à Domicile (SAAD)     Infirmière     Hospitalisation à Domicile (HAD)
- Autres (à préciser) : .....
- Coordonnées : .....

## Renseignements concernant le(s) proche(s) aidant(s)\* du demandeur (facultatif)

Nom et prénom de vos aidants	Age	Lieu de résidence	Nature du lien avec vos aidants	Nature de l'aide apportée (accompagnement dans les actes de la vie quotidienne, déplacements, courses,...)	Nombre d'heures (approximatif dans le mois)

## Revenus et patrimoine du demandeur, du conjoint, concubin ou de la personne avec laquelle vous avez conclu un P.A.C.S

La résidence principale ne doit pas être déclarée si elle est occupée par le demandeur, son conjoint, concubin, pacsé ses enfants et petits-enfants.

### Ressources ne figurant pas dans l'avis d'imposition ou de non-imposition à l'impôt sur le revenu :

Montant des revenus soumis au prélèvement libératoire, en application de l'article 125-A du Code Général des Impôts, pour :

- le demandeur : ..... €

- le conjoint, concubin ou la personne pacsée : ..... €

### Patrimoine dormant :

- Possédez-vous des biens immobiliers non loués ou occupés à titre gratuit ?  Oui  Non

Si oui, préciser la nature des biens et adresses dans le tableau ci-dessous

Nature et adresse des biens (ex : maisons, terrains, appart.et terres agricoles)	Préciser le propriétaire		Valeur locative* (€)	Lien de parenté du l'occupant éventuel
	Demandeur	Conjoint / autres		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

\*Valeur locative indiquée dans le dernier relevé de la taxe foncière sur les propriétés bâties ou non bâties ou sur l'extrait de la matrice cadastrale disponible en mairie.

- Possédez-vous des biens mobiliers ?  Oui  Non

Si oui, précisez la valeur : ..... €

(objets d'art et de valeur, bateaux, chevaux de courses,...)

- Possédez-vous de l'épargne ?  Oui  Non

Si oui, joindre les justificatifs au 31 décembre de l'année écoulée.

## Revenus complémentaires

Percevez-vous :

- des rentes viagères, constituées pour vous prémunir contre les risques de perte d'autonomie ?

Oui\*  Non

- de concours financiers apportés par vos enfants liés à la perte d'autonomie ?

Oui\*  Non

\* Si oui, joindre le(s) justificatif(s)

## 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.

### 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.

### 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
○ Une station debout pénible ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ Une prothèse externe des membres inférieurs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ 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 \_\_\_\_\_