

D – Aidant Principal (Art. D. 232-9-1- Code de l'Action Sociale et des familles)

Nom Prénom : Age.....

Quelle est la nature du lien :

(ex : conjoint, concubin, personne résidant avec elle ou ayant signé un pacs)

Adresse et téléphone :

Nature de l'aide apportée : (ex : accompagnement déplacements extérieurs de votre domicile, courses)

Durée et périodicité approximatives de cette aide :

Vous souhaitez que cette personne de confiance soit présente lors de l'évaluation : oui non

Référent :

Nom Prénom :

Nature du lien

Adresse.....Téléphone :

Nature de l'aide apportée

Nom , téléphone de votre médecin traitant :

Vous souhaitez que votre médecin soit informé de l'évaluation à domicile : oui non

VOUS NE VOUS OCCUPEZ PAS DE VOS DÉMARCHES ADMINISTRATIVES

Mentionnez, le cas échéant, si vous faites l'objet d'une mesure de :

sauvegarde de justice tutelle curatelle mesure d'accompagnement social personnalisé

Si oui, joindre une photocopie du jugement

Nom et adresse du tuteur ou de l'association chargé de la gestion des biens :

Nom

Adresse

Téléphone

Le dossier d'ALLOCATION PERSONNALISÉE AUTONOMIE doit être adressé à :

**Madame la Présidente du Département des Pyrénées-Orientales Direction
Générale des Solidarités - Direction PA / PH / ETABLISSEMENTS**

Unité Instruction et Paiement APA

30, rue Pierre Bretonneau - B.P. 906 - 66000 PERPIGNAN

DISPOSITIONS RELATIVES À 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 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 instruire les demandes.
- 3 - En tout état de cause, les personnes 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 de votre identité à : Madame la Présidente du Département des Pyrénées-Orientales - Direction Générale des Solidarités - 30, rue Pierre Bretonneau - B.P. 906 - 66000 PERPIGNAN



DOSSIER N°

**Demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie
D'une personne de 60 ans ou plus**

NOM **Prénom**

Adresse

Je soussigné(e) le demandeur :

Le représentant agissant en qualité de

Déclare avoir joint à cette demande les pièces obligatoires ci-dessous :

Mon extrait d'acte de naissance ou la photocopie du livret de famille ou de ma carte nationale d'identité ou du passeport de la communauté européenne ; si je suis de nationalité étrangère (hors communauté européenne), la photocopie de ma carte de résidence ou de mon titre de séjour en cours de validité,

La photocopie de mon dernier avis d'imposition ou de non imposition à l'impôt sur le revenu, et, le cas échéant, de mon conjoint, mon concubin ou de la personne avec laquelle j'ai conclu un pacte civil de solidarité,

La photocopie des derniers relevés des taxes foncières sur mes propriétés bâties et sur mes propriétés non bâties, et, le cas échéant, ceux de mon conjoint, de mon concubin ou de la personne avec laquelle j'ai conclu un pacte civil de solidarité,

Deux *relevés personnels d'identité bancaires ou postaux* (dont 1 original obligatoire) (pour les comptes joints le prénom de la personne désirant bénéficier de l'A.P.A. doit être mentionné, et, en cas de mesure de protection, le RIB doit mentionner la mesure).

Souhaite joindre un **certificat médical** rempli par mon médecin traitant afin d'apporter des informations complémentaires (modèle joint)

Souhaite l'attribution de la carte mobilité inclusion (**Pour cette demande le certificat médical est obligatoire**)

- d'invalidité
- de priorité
- de stationnement

M'engage à signaler toute modification dans ma situation

Autorise le Département des Pyrénées-Orientales à transmettre mon dossier aux caisses de retraite en cas de rejet de l'allocation personnalisée d'autonomie

Certifie sur l'honneur l'**exactitude des renseignements** figurant dans ce dossier de demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie,

Fait à, le

Signature

TRAITEMENT

.....
.....
.....

À DOMICILE AIDES ET SOINS DISPENSÉS

Le patient bénéficie-t-il de soins (si oui, cocher et préciser la fréquence)

- soins infirmiers
- kinésithérapie
- pédicurie
- autres soins

Le patient bénéficie-t-il d'aides techniques ? ou en aurait-il besoin ?

Aide aux transports et nursing

- lit médical.....
- soulève malade.....
- chaise percée.....
- couchés.....

aide à la déambulation

- cannes
- déambulatoire.....
- fauteuil roulant.....
- autre.....

Objectifs souhaités de la demande d'APA en matière d'Aide Humaine

- surveillance stimulation
- prise alimentaire
- courses
- mobilisation
- préparation de repas
- entretien courant

OBSERVATIONS ÉVENTUELLES

.....
.....
.....
.....
.....

souhaitez-vous être contacté par l'équipe médico-sociale du département ?

Date : Téléphone :

Cachet et signature

Certificat Médical APA



Mon Cher Confrère,

Votre patient effectue une demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie à domicile auprès du Département des Pyrénées-Orientales.

Je vous serais obligé de bien vouloir lui remettre sous pli confidentiel ce certificat médical, pièce majeure de son dossier de demande avec l'ensemble du dossier lors du dépôt de la demande.

En effet, son dossier sera examiné par une équipe médico-sociale, astreinte au secret médical, qui participe à l'élaboration d'un plan d'aide personnalisé.

En vous remerciant par avance, je vous prie d'agréer, Mon Cher Confrère, l'expression de mes meilleures salutations.

Le Médecin Coordonnateur
Direction PA - PH

ETAT CIVIL DU DEMANDEUR

Nom : Prénom :

Date naissance :

Adresse :

Téléphone :

Si besoins : Personne à contacter :

Téléphone :

ENVIRONNEMENT

Mode de vie (à domicile)

- totalement seule
- milieu entouré (famille - voisins)
- Famille d'accueil
- accueil de jour
- accueil temporaire

Habitat

Type d'habitation :

Accessibilité :

Nombre de personnes vivant à domicile :

ÉTAT GÉNÉRAL

Taille : Poids : Dénutrition :
 Amaigrissement :
 (6 derniers mois)
 Escarre : douleurs :

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS

Médicaux :

 Chirurgicaux :

PATHOLOGIES ACTUELLES

Diagnostic principal motivant la demande

.....

Etat neuro-psychologique

Diagnostic
 Traitement

	oui	non	commentaires
Troubles de la mémoire			
Désorientation temporo-spatiale			
Troubles du langage			
Troubles praxiques			
Agitation – agressivité – fugues			
Troubles du sommeil			
Etat dépressif			
Chutes – troubles de l'équilibre			

AUTRES PATHOLOGIES

	Diagnostic	Commentaires
Fonction locomotrice		- déficience fonctionnelle - périmètre de marche - autre
Etat cardiorespiratoire		- dyspnée - autre
Fonction digestive		- mastication/déglutition - incontinence anale - autre
Fonction urogénitale		- incontinence - type protection
Etat sensoriel (visuel + auditif)		- appareillage
Endocrinologie		
Pathologie cancéreuse		