

**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

# A L L O C A T I O N   P E R S O N N A L I S É E   A U T O N O M I E

## A - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DEMANDEUR

<b>Nom</b> (marital pour les femmes)																			
<b>Nom de Jeune Fille</b>																			
<b>Prénom</b>																			
<b>Date et lieu de naissance</b>																			
<b>N° de Sécurité Sociale - clé</b>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; height: 15px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>																		
<b>Caisse d'affiliation</b>																			
<b>Nationalité</b>	Française Ressortissant Union Européenne Autre																		
<b>Situation de famille</b>	Célibataire, marié(e), divorcé(e), veuf(ve), concubin(e), Pacs, séparé(e)																		
<b>Pensions et retraites</b> (préciser lesquelles)	Nom de la Caisse de Retraite Principale ..... Autres : ..... .....																		
<b>Adresse actuelle du lieu où vit le demandeur</b>	<input type="checkbox"/> Domicile Adresse : ..... ..... Tél. .... <input type="checkbox"/> Etablissement d'hébergement pour personnes âgées Date d'entrée : ..... Nom et Adresse : ..... ..... ..... <input type="checkbox"/> Accueil par un particulier (lien de parenté) Date d'entrée : ..... Nom et Adresse de l'accueillant : ..... ..... .....																		
<b>Dernière adresse personnelle avant l'entrée en Etablissement, ou en Famille d'Accueil ou en Foyer Logement</b>	..... ..... ..... .....																		

## B - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE CONJOINT

Nom (marital pour les femmes) : ..... Prénom : .....

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

N° de Sécurité Sociale - clé 

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

Caisse d'affiliation : .....

**Pensions et retraites (préciser lesquelles)**

Est-il retraité ? Nom de la Caisse Principale .....

Est-il en activité ?

**Adresse actuelle :**

Domicile ..... Tél. ....

Etablissement d'hébergement pour personnes âgées      Date d'entrée : .....

Nom et Adresse : .....

Accueil par un particulier      Date d'entrée : .....

Nom et Adresse de l'accueillant : .....

## C - AUTRES RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DEMANDEUR

Etes-vous bénéficiaire de :

	Vous	Votre conjoint
L'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne	<input type="checkbox"/> oui depuis le ..... <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui depuis le ..... <input type="checkbox"/> non
La Majoration Tierce Personne versée par la sécurité sociale	<input type="checkbox"/> oui depuis le ..... <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui depuis le ..... <input type="checkbox"/> non
La Prestation de Compensation du Handicap	<input type="checkbox"/> oui depuis le ..... <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui depuis le ..... <input type="checkbox"/> non
L'aide à domicile au titre de l'aide sociale du Conseil Général	<input type="checkbox"/> oui depuis le ..... <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui depuis le ..... <input type="checkbox"/> non
L'aide à domicile au titre d'une caisse de retraite	<input type="checkbox"/> oui depuis le ..... <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui depuis le ..... <input type="checkbox"/> non

**Attention :** Aucune de ces prestations n'est cumulable avec l'allocation personnalisée d'autonomie, cependant après proposition vous pouvez opter pour la prestation qui vous convient.

Déclaration sur l'honneur ;

PATRIMOINE	DESIGNATION
Patrimoine dormant (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 (1))	
Biens mobiliers et capitaux non placés (dont assurance-vie)(2)	

Autorise la transmission par le conseil départemental du dossier aux caisses de retraite (en cas de rejet d'allocation personnalisée d'autonomie).

## 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		