

NOM :

PRÉNOMS :

Adresse :

N° Rue ou Lieu-dit

Code postal Ville

Canton :

Tél. :

Résidez-vous en Ardèche depuis moins de 3 mois ?

☐ Oui ☐ Non

Précisez s'il s'agit :

☐ ⁽¹⁾ du domicile

☐ ⁽¹⁾ de l'accueil par un particulier à domicile

Adresse du conjoint, concubin, pacsé si elle est
différente :

.....

**CADRE RÉSERVÉ AUX SERVICES
DU DÉPARTEMENT**

N° Dossier :

Déposé le :

Complet le :

Admission le :

Rejet le :

(1) Cochez les cases correspondantes

**DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISEE
D'AUTONOMIE A DOMICILE**

(A P A)

(à compléter suivant la notice jointe)

ÉVENTUELLEMENT

Tampon ou coordonnées de l'Association
prestataire retenue
par le bénéficiaire.

**Identité, adresse et n° de téléphone
de la personne référente à contacter
(enfant, parent, autre...) :**

(Rubrique **1** de la notice jointe)

Nom

Prénom

Lien de parenté ou référent
(exemple fils, fille, ou autre)

Adresse

N° Rue ou Lieu-dit

Code postal Ville

Tél. domicile :

Portable :

DOSSIER A RETOURNER A

La Direction Territoriale d'Action Sociale dont vous dépendez

(adresse indiquée au dos du dossier)

au moyen de l'enveloppe retour à affranchir au tarif en vigueur.

A – Renseignements concernant le foyer

Renseignements	Le demandeur	Le conjoint, ou le concubin ou pacsé
Nom, prénom		
Nom de jeune fille		
Date et lieu de naissance		
Nationalité (française, ressortissant de l'Union Européenne, autre)		
Situation de famille (marié(e), divorcé(e), veuf(ve), séparé(e), pacsé(e), concubin, célibataire).		
Régime de retraite principal		
Si conjoint en établissement, préciser le lieu		
N° de Sécurité Sociale		

Changez-vous de résidence en cours d'annéeOUI ☐NON ☐

Si oui, précisez les adresses successives (voir rubrique 2 de la notice jointe) :

Périodes du au	Adresse	Code Postal	Commune	Département

B – Renseignements concernant le patrimoine du demandeur et, le cas échéant, du conjoint, du concubin ou pacsé ne figurant pas dans l'avis d'imposition.**– Complétez l'attestation sur l'honneur jointe «Déclaration du patrimoine dormant»****Renseignements complémentaires**

Le demandeur fait-il l'objet d'une mesure de protection juridique (sauvegarde de justice, curatelle, tutelle) :

☐ Oui ☐ Non

Si oui, joindre la copie du jugement.

NOM, adresse et téléphone du tuteur ou de l'association chargée de la mesure :

.....

.....

.....

.....

Percevez-vous :

- ✓ l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP)
- ✓ l'aide ménagère au titre de l'aide sociale départementale
- ✓ l'aide ménagère versée par les caisses de retraite
- ✓ la prestation complémentaire pour recours à tierce personne
- ✓ la majoration constante pour tierce personne (MTP)
- ✓ la prestation de compensation du handicap (PCH)

OUI	NON
OUI	NON
OUI	NON
OUI	NON
OUI	NON
OUI	NON

Dans l'affirmative, joindre une photocopie de la notification de prise en charge.

NOM et ADRESSE de la caisse de retraite servant l'aide à domicile :

.....

.....

.....

Précisez le nombre d'heures attribuées par mois :

ATTENTION : l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) n'est cumulable avec aucune des aides mentionnées ci-dessus.

Si vous le souhaitez, un médecin de votre choix peut assister à la visite à domicile réalisée par l'équipe médico-sociale.

Il vous appartiendra de le prévenir de la date et de l'heure de la visite quand elle vous sera notifiée.

Je soussigné(e), agissant en mon nom propre ☐ / en ma qualité de représentant ☐, certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus et déclare avoir pris connaissance de la notice explicative « APA à domicile ».

Je reconnais avoir pris connaissance des articles L 313-1 et suivants du Code Pénal énonçant les peines applicables aux personnes qui utilisent l'escroquerie pour percevoir ou de tenter de percevoir frauduleusement des prestations au titre de l'aide sociale.

Tout changement de situation doit être signalé à la Direction Territoriale d'Action Sociale référente.

Fait à, le

**Signature du demandeur ou de son représentant légal
précédée de la mention manuscrite « Lu et approuvé »**

LISTE DES PIECES JUSTIFICATIVES A JOINDRE IMPERATIVEMENT AU DOSSIER DE DEMANDE (voir rubrique

3 de la notice jointe) :

- ☐ La photocopie du livret de famille ou de la carte nationale d'identité ou d'un passeport de la Communauté Européenne ou d'un extrait de naissance ; ou s'il s'agit d'un demandeur de nationalité étrangère non ressortissant d'un des Etats Membres de l'Union Européenne, la photocopie de la carte de résidence ou du titre de séjour.
- ☐ La photocopie du dernier avis d'imposition ou de non imposition à l'impôt sur le revenu du demandeur, du conjoint, du concubin ou pacsé.
- ☐ Un relevé d'identité bancaire au nom du demandeur ou de son tuteur.
- ☐ L'attestation sur l'honneur de déclaration du patrimoine dormant ci-jointe.

PIECES COMPLEMENTAIRES

- ☐ Le certificat médical ci-joint rempli par votre médecin, à glisser dans l'enveloppe «Certificat médical».
- ☐ En cas de prestation d'aide à domicile financée par la caisse de retraite, fournir une photocopie de la notification de prise en charge délivrée par votre caisse de retraite.
- ☐ Plan d'accès à votre domicile dûment complété.

Dispositions relatives à la Loi du 6 janvier 1978.

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 la 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 tout renseignement complémentaire, il convient de vous adresser à Monsieur le Président du Département :

DTAS NORD Maison du Département d'Annonay Service Autonomie 10, rue de la Lombardière 07100 ANNONAY Tél : 04.75.32.97.08 pa.utn@ardeche.fr	DTAS CENTRE Service Autonomie 740, rue Jean Moulin 07500 GUILHERAND-GRANGES Tél : 04.75.44.83.03 paph.utc@ardeche.fr
DTAS SUD-EST Service Autonomie 15, rue du travail 07401 LE TEIL CEDEX Tél : 04.75.49.54.80 paph.utse@ardeche.fr	DTAS SUD-OUEST ANNEXE Service Autonomie 30, rue Albert Seibel 07200 AUBENAS Tél : 04.75.35.82.10 paph.utso@ardeche.fr

**ATTESTATION SUR L'HONNEUR DE DECLARATION DU PATRIMOINE DORMANT
A JOINDRE OBLIGATOIREMENT A LA DEMANDE D'APA**

NOM, Prénom du demandeur :

Le cas échéant représentant légal (tuteur, curateur...) :

NOM, Prénom du conjoint, concubin ou pacsé :

1°) Biens immobiliers (en dehors de la résidence principale, et qui ne procurent ni loyers, ni revenus)

- Le demandeur possède des biens immobiliers ☐ Oui ☐ Non
- Le conjoint, concubin ou pacsé possède des biens immobiliers ☐ Oui ☐ Non
- **Si oui, joindre dernier avis de taxe foncière sur propriétés bâties et non bâties**

2°) Assurance-vie ** :**

- Le demandeur possède un ou plusieurs contrats d'assurance-vie ☐ Oui ☐ Non
pour une valeur totale de _____ euros.
- Le conjoint, concubin ou pacsé possède un ou plusieurs contrats d'assurance-vie
☐ Oui ☐ Non
pour une valeur totale de _____ euros.
- **Si oui, joindre pour chaque contrat copie du dernier relevé annuel fourni par l'organisme concerné**

Nous sommes informé(e)s que la loi rend passible d'amende et d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration au préjudice d'une personne publique pour obtenir une allocation ou une prestation (articles 313-2-5°, 313-3, 441-6 et 441-7 du code pénal)

Fait à le

Signature du **demandeur**
(ou son représentant légal) :

Signature du **conjoint,**
concubin ou pacsé :

****** Ne pas déclarer les placements suivants : livret A, livret de développement durable, livret d'épargne populaire, plan ou compte d'épargne logement, plan d'épargne en actions, assurances-décès, contrat-obsèques, etc..., qui ne constituent pas du patrimoine dormant.**

CERTIFICAT MÉDICAL
Allocation Personnalisée d'Autonomie
à joindre dans l'enveloppe destinée à cet effet

Cher Confrère,

Afin de répondre au mieux à la demande d'APA de votre patient, je vous remercie de remplir ce certificat et le remettre cacheté à mon attention.

Ce certificat est soumis aux règles du secret médical.

Votre patient l'adressera avec sa demande d'APA.

En vous remerciant, je vous adresse, Cher Confrère, mes salutations confraternelles.

Le Médecin de l'équipe
médico sociale

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

NOM de la personne :

Prénom :

Date de naissance : / /

Adresse :

DONNÉES MÉDICALES

Pathologie(s) principale(s) responsable(s) de la perte d'autonomie :

-
-
-

Éléments importants associés :

- ☐ Amaigrissement, dénutrition
- ☐ Chutes, troubles de l'équilibre
- ☐ Troubles auditifs ☐ Troubles visuels
- ☐ Troubles cognitifs ☐ Troubles du comportement
- ☐ Autres (préciser) :

.....

INTERVENANTS ACTUELS

- ☐ Soins infirmiers techniques
- ☐ Soins infirmiers de nursing
- ☐ Kinésithérapeute
- ☐ Autres (préciser : ergothérapeute, orthophoniste, accueil de jour, MAIA ...) :

.....

.....

.....

.....

ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE - GRILLE AGGIR

Évaluation des activités effectuées par la personne seule sans aide humaine. Les aides matérielles sont considérées comme faisant partie de la personne (fauteuil roulant, déambulateur, prothèses,...)

ACTIVITE	A	B	C
TRANSFERT :			
se lever, se coucher, s'asseoir			
DÉPLACEMENT À L'INTÉRIEUR :			
se déplacer à l'intérieur du lieu de vie jusqu'à la porte d'entrée sur la rue (cocher B si déambulation)			
TOILETTE : assurer son hygiène corporelle			
HAUT > coiffage, rasage, visage, tronc, membres supérieurs			
BAS > régions intimes, membres inférieurs, pieds			
ELIMINATION : assurer l'hygiène et non la maîtrise de l'élimination			
URINAIRE > assurer l'hygiène de l'élimination urinaire			
FÉCALE > assurer l'hygiène de l'élimination fécale			
HABILLAGE : s'habiller, se déshabiller, se présenter			
HAUT > vêtements passés par les bras et/ou la tête			
MOYEN > fermeture des vêtements, boutonnage, ceinture, bretelles, fermeture éclair, pression			
BAS > vêtements passés par les pieds y compris les bas, les chaussettes et les chaussures			
ALIMENTATION :			
SE SERVIR > couper la viande, se servir à boire, peler un fruit, ouvrir une capsule ...			
MANGER > manger des aliments préparés, les porter à la bouche, avaler sans fausse route			
ALERTER :			
utiliser un moyen de communication à distance dans le but d'alerter en cas de besoin			
DÉPLACEMENT À L'EXTÉRIEUR :			
se déplacer à l'extérieur du lieu de vie en franchissant la porte d'entrée sur la rue			
ORIENTATION :			
orientation dans le temps			
orientation dans l'espace			
COHERENCE : communiquer, agir et se comporter de façon logique et sensée			
communication			
comportement			

GUIDE DE REMPLISSAGE
Cocher A
s'il fait seul : spontanément et totalement et correctement et habituellement
Cocher B
s'il fait seul : non spontanément et/ou partiellement et/ou non correctement et/ou non habituellement
Cocher C
s'il ne fait pas : s'il faut faire à sa place ou faire faire ou tout refaire
.....
spontanément : sans avoir à lui dire, à lui expliquer, à lui rappeler
totalement : toute l'activité
correctement : à bon escient et de façon adaptée aux usages et à la sécurité de soi et des autres
habituellement : régulièrement dans le temps, chaque fois que nécessaire

PRIORITES à mettre en oeuvre pour aider votre patient à domicile

(en complément le cas échéant de ce qui relève de votre prescription : soins infirmiers, lit médicalisé, fauteuil roulant ...)

☐ Auxiliaire de vie

☐ Aide ménagère

☐ Adaptation de logement (préciser) :

.....

.....

☐ Protection pour incontinence

☐ Téléalarme

☐ Autres informations ou suggestions qui vous semblent utiles :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Le/...../.....

Signature et cachet du médecin

Téléphone :

NOTE EXPLICATIVE

APA à DOMICILE

Vous avez souhaité bénéficier de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) à domicile.

La présente notice explicative a pour objectif de vous fournir les éléments d'information nécessaires afin de vous aider à remplir et à compléter les rubriques du dossier de demande.

L'APA s'adresse aux personnes âgées de plus de 60 ans résidant régulièrement en France et dont la perte d'autonomie justifie l'attribution d'une aide.

L'APA EST UNE AIDE CONCRETE ADAPTEE A VOS BESOINS

L'APA permet une aide adaptée à vos besoins. Il s'agit d'une **prestation en nature** utilisée pour financer différents services :

- aides à domicile
- accueil de jour
- accueils temporaires
- téléalarme
- portage repas
- adaptation du logement
- matériel à usage unique (protection incontinence),
- aide au répit des aidants
- etc.....
- accueil familial
- aides techniques

Des justificatifs de dépenses pourront vous être demandés par les services du Département. Le montant de l'allocation versée sera fonction des dépenses réellement engagées.

En cas de changement de situation (modifications de revenus, aggravation ou amélioration de votre situation, hospitalisation...), vous voudrez bien le signaler au secrétariat de la Direction Territoriale d'Action Sociale concernée. Une révision de votre dossier pourra être effectuée.

Si vous bénéficiez actuellement d'une prestation d'aide (ACTP, aide ménagère de votre caisse de retraite, etc...), je vous invite à vous adresser à l'organisme dont vous relevez ou l'association d'aide à domicile qui vous apporte son concours. Ils vous expliqueront les démarches à suivre pour éviter toute rupture de l'aide qui vous est nécessaire.

L'APA VOUS SERA EVENTUELLEMENT ATTRIBUEE A L'ISSUE D'UNE PROCEDURE CONCERTEE :

Après réception du dossier **COMPLET** de demande d'APA, un membre de l'équipe médico-sociale vous proposera un rendez-vous afin d'organiser une visite à votre domicile.

Vous pourrez, si vous le souhaitez, demander au médecin de votre choix d'être présent lors de ce rendez-vous.

Lors de cette visite, une proposition de plan d'aide sur la base de l'évaluation de votre perte d'autonomie, de vos besoins et le cas échéant des besoins de vos aidants, sera élaborée. Les modalités de versement de l'APA seront également examinées avec vous à cette occasion.

Votre éventuelle participation financière sera proportionnelle à vos ressources et au montant du plan d'aide attribué.

Si votre niveau de dépendance est supérieur au GIR4, vous recevrez un courrier de rejet en recommandé avec accusé de réception ; l'APA ne pourra pas vous être attribuée dans ce cas.

Dans les autres cas, vous recevrez une proposition de plan d'aide à laquelle ***vous devrez répondre sous 10 jours.***

Si vous souhaitez que des modifications soient apportées à ce plan d'aide, vous devrez l'indiquer par écrit au secrétariat de la Direction Territoriale d'Action Sociale. L'équipe médico-sociale vous adressera une seconde et dernière proposition de plan d'aide pour laquelle ***une réponse sous 10 jours de votre part sera indispensable.***

En cas de refus écrit ou de non-réponse de votre part sous 10 jours, l'APA sera réputée refusée.

Pour vous permettre de répondre rapidement à la proposition d'aide qui vous sera adressée, une enveloppe pré-affranchie vous sera fournie gratuitement.

En cas d'accord de votre part, l'Equipe médico-sociale proposera au Président du Département de vous attribuer l'APA.

Vous recevrez une décision précisant le montant de l'APA, le montant de votre participation éventuelle et la durée pour laquelle l'APA vous est attribuée.

Dès que votre dossier sera complet, la décision du Président du Département interviendra dans les 2 mois. En cas de dépassement de ce délai, vous pourrez bénéficier implicitement d'une APA forfaitaire jusqu'à notification d'une décision d'APA. Cependant celle-ci pourra faire l'objet d'une récupération par le Département si les conditions d'attributions ne sont pas remplies.

Si vous souhaitez contester la décision prise, vous pourrez effectuer un recours auprès de la commission de recours gracieux allocation personnalisée d'autonomie (APA), DGASEM - 2 bis, rue de la Recluse - 07000 PRIVAS. Ce recours gracieux conserve le délai de recours contentieux, qui s'exerce, dans le même délai de 2 mois, devant le Président de la Commission Départementale d'Aide Sociale, DDCSPP - 7, boulevard du Lycée - 07007 PRIVAS.

Si votre situation nécessite une intervention rapide, une APA pourra vous être délivrée en urgence, après dépôt de votre dossier complet. L'urgence devra être justifiée médicalement ou socialement après appréciation par l'équipe médico-sociale. L'APA d'urgence sera versée pendant deux mois maximum.

Vous trouverez, ci-après, quelques précisions vous permettant de remplir votre dossier.

Adresses des Directions Territoriales d'Action Sociale :

DTAS Nord Maison du Département d'Annonay 10, rue de la Lombardière 07100 ANNONAY Tél. : 04.75.32.97.08 pa.utn@ardeche.fr	DTAS Centre 740, rue Jean Moulin 07500 GUILHERAND-GRANGES Tél. : 04.75.44.83.03 paph.utc@ardeche.fr
DTAS Sud-Est 15, rue du Travail - BP 47 07400 LE TEIL CEDEX Tél. : 04.75.49.54.80 paph.utse@ardeche.fr	DTAS Sud-Ouest Annexe 30, rue Albert Seibel 07200 AUBENAS Tél. : 04.75.35.82.10 paph.utso@ardeche.fr

COMMENT COMPLETER VOTRE DOSSIER

Dans le dossier de demande, la mention «rubrique n°..... de la notice jointe» vous indique à quel moment vous devez vous référer à la présente notice explicative.

Rubrique 1 - 1^e page - Encart sur la personne à contacter :

- Vous pouvez y mentionner les coordonnées de la personne de votre choix que l'administration pourra être appelée à contacter en cas d'absence de votre part ou si cette personne vous assiste habituellement dans vos démarches.

Rubrique 2 - 2^e page - Changement de résidence :

- Cette rubrique est destinée à éviter l'interruption du versement de l'APA en cas de changement de domicile ou à adapter le plan d'aide qui pourra être différent d'un lieu à l'autre (exemple : résidence en hiver chez un de vos enfants).

Rubrique 3 - 4^e page - «Pièces justificatives» :

Les pièces justificatives sont classées en 3 parties :

- Pièces strictement obligatoires permettant de déclarer le dossier complet et de déterminer la date d'ouverture des droits : justificatif d'identité, avis d'imposition ou non-imposition et RIB et attestation sur l'honneur de déclaration du patrimoine dormant.
- Pièces obligatoires mais à ne transmettre que si vous percevez les revenus en cause.
- Pièces complémentaires facultatives qui facilitent l'instruction de votre dossier.

Le plan d'accès simplifié qui vous est demandé permettra à l'équipe médico-sociale de se rendre plus facilement à votre domicile.

Remarque : *L'APA à domicile est gérée par le Département de l'Ardèche de façon décentralisée grâce aux équipes administratives et médico-sociales des Directions Territoriales d'Action Sociale.*

Pour tout renseignement complémentaire, vous pourrez vous adresser téléphoniquement à la Direction Territoriale d'Action Sociale dont vous dépendez et dont les coordonnées et adresses sont indiquées à la fin du dossier de demande.