

POLE DES SOLIDARITES  
Direction de l'Autonomie  
Service Unité Médicale  
 **04.68.11.63.22**

**Mon cher confrère,**

Votre patient effectue une demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie à domicile auprès du Département de l'Aude.

Je vous serais obligé de bien vouloir lui remettre sous pli confidentiel ce certificat médical qui est à joindre à sa demande.

L'évaluation médicale sera réalisée par un médecin de l'équipe médico-sociale, astreint au secret médical et qui participe à l'élaboration du plan d'aide personnalisé.

*Le Médecin coordonnateur*

## **CERTIFICAT MEDICAL**

### **d'Allocation Personnalisée d'Autonomie**

**Nom d'Usage :** ..... **Nom de Famille :** .....

**Prénom :** ..... **Date de naissance :** .....

**Adresse :** .....

## Principaux antécédents médico-chirurgicaux :

## Principales Affections en cours présentées par le patient :

### Histoire de la (des) pathologie(s) ou évolution depuis la dernière demande.

Date de début des troubles – Origines, circonstance d'apparition – facteur de gravité, évolutivité....

Compte(s) rendu(s) joint(s) (précisez)

**Description clinique actuelle**, précisez le cas échéant, la fréquence des crises, douleur, asthénie, fatigabilité, lenteur....

Poids ..... Taille ..... Latéralité dominante avant handicap .....  Compte(s) rendu(s) joint(s) (précisez)

## Perspective d'évolution

Stabilité       Aggravation       Incapacité fluctuante (précisez, si nécessaire, la fréquence des poussées)  
 Risque vital       Amélioration (précisez la durée prévisible des limitations fonctionnelles)       non définie

## Traitements actuels :

- Médicamenteux
  
- Soins infirmiers ou par un SSIAD (type et fréquence d'intervention)

## AUTONOMIE :

Mettre une croix selon l'importance de la difficulté de votre patient à exécuter les actes suivants :

A : sans difficulté      B : difficilement ou avec aide technique  
C : aide humaine partielle D : aide humaine totale

A   B   C   D

- |   |                          |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Se lève (d'un siège, du lit), se couche      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Se déplace (avec une canne, un déambulateur) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Intérieur   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Extérieur   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Va au WC                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Fait sa toilette (haut et bas)               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> S'habille, se déshabille                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Se sert et mange                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Se repère dans le temps et dans l'espace     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Comportement logique                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## Estimation du périmètre de marche :

**Besoin d'accompagnement pour les déplacements extérieurs**

non       oui (*précisez*)

Quelle vous paraît être la réponse la plus adaptée au degré de dépendance présenté par votre patient (surveillance permanente ou intermittente, aide à domicile, soutien familial....) ?



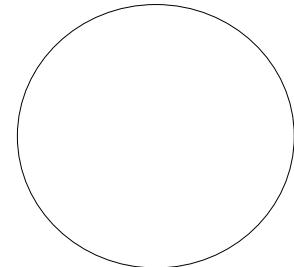
## **OBSERVATIONS** (Tous autres éléments utiles pour la prise en compte des besoins de la personne)

**En cas de déficience auditive avec un retentissement significatif** : Joindre un audiogramme avec et sans appareillage et un audiogramme vocal

**En cas de déficience visuelle avec un retentissement significatif** : Joindre le compte rendu type rempli par un ophtalmologiste

Le patient souhaite-t-il que les conclusions soient envoyées à son médecin traitant à l'issue de la commission sociale ?

OUI    NON



Cachet Signature  
(Indispensables)

Date : .....

N° de téléphone du médecin traitant :

.....

**POLE DES SOLIDARITES**

 Service aide sociale générale  
 Allée Raymond Courrière  
 11855 CARCASSONNE Cedex 9

 Première demande

 Renouvellement

**ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE**

Demande d'aide pour une personne âgée de 60 ans et plus

 à domicile

 en établissement

 accueil chez un particulier agréé

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA PERSONNE ÂGÉE**
 Locataire     Propriétaire     Usufruitier

NOM : ..... Prénom.s : .....

Adresse : .....

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

Coordonnées de la personne à contacter pour la visite du référent APA à domicile ou en cas d'urgence : .....

Lien avec le demandeur : .....

N° de téléphone : ..... ☎

Mentionner le cas échéant l'existence d'une mesure de protection juridique :

 Tutelle

 Curatelle

 Sauvegarde de justice

 Nom et adresse du tuteur ou de l'association chargé de la mesure : (*joindre le jugement de tutelle*)

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PROCHE AIDANT (facultatif)**

*Le proche aidant vient en aide à la personne âgée de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne.*

|   |  |
|---|--|
| NOM - Prénom                                    |  |
| Date de naissance                               |  |
| Lieu de résidence                               |  |
| Nature du lien (parenté, voisinage...)          |  |
| Nature de l'aide apportée (ménage, courses,...) |  |
| Durée, périodicité approximative                |  |

**Ce dossier est à déposer complet**  
**au près de la mairie du lieu de résidence ou**  
**au Centre Communal d'Action Sociale de votre commune**

NOM :

Prénom :

N° DOSSIER :

## A-1 / RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA PERSONNE ÂGÉE

|  |  |
|--|--|
| <b>Nom marital</b>   |  |
| <b>Nom de jeune fille</b>  |  |
| <b>Prénom</b>  |  |
| <b>Date et lieu de naissance</b>   | Né.e le ..... à .....  |
| <b>Nationalité</b>   | <input type="checkbox"/> Française <input type="checkbox"/> Union européenne (préciser).....<br><input type="checkbox"/> Autre (préciser) .....  |
| <b>N° de sécurité sociale</b> (correspond au n° de la personne et non celle de son conjoint ou parent) | .....  |
| <b>Caisse d'affiliation</b>  | .....  |
| <b>Situation de famille</b>  | <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> marié.e <input type="checkbox"/> divorcé.e <input type="checkbox"/> séparé.e<br><input type="checkbox"/> veuf.ve <input type="checkbox"/> concubin.e <input type="checkbox"/> Pacs |
| <b>Régimes de retraite</b> (préciser)  | Principal : ..... Autres : .....   |

### Adresse actuelle du lieu où vit la personne âgée :

- à domicile : Adresse .....  
.....  
Tél. ..... Réside à cette adresse depuis le .....
- en établissement : Nom et adresse de l'établissement .....  
.....  
Date d'entrée .....
- accueil chez un particulier, au titre du placement familial :  
Nom et adresse de l'accueillant : .....  
.....  
Date d'entrée.....

|  |                         |
|--|-------------------------|
| <b>Adresses précédentes</b><br><u>avant l'entrée</u> en établissement<br>ou en famille d'accueil | .....<br>.....<br>..... |
|--|-------------------------|

## A-2 / RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE CONJOINT, LE CONCUBIN, LE PACSÉ

|                                  |   |
|----------------------------------|---|
| <b>Nom marital</b>               |   |
| <b>Nom de jeune fille</b>        |   |
| <b>Prénom</b>                    |   |
| <b>Date et lieu de naissance</b> | Né.e le ..... à .....   |
| <b>Nationalité</b>               | <input type="checkbox"/> Française <input type="checkbox"/> Union européenne (préciser).....<br><input type="checkbox"/> Autre (préciser) ..... |
| <b>Situation professionnelle</b> | <input type="checkbox"/> en activité<br><input type="checkbox"/> retraité - Caisse principale : .....   |

**Adresse actuelle :**  à domicile  en établissement  en famille d'accueil

Adresse, si différente de la personne âgée : .....

**B / RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES REVENUS ET LE PATRIMOINE DE LA PERSONNE AGEE**

## 1/ Allocations :

### Percevez-vous :

- La majoration pour aide constante d'une tierce personne (MTP) .....  oui  non

La prestation complémentaire pour recours à tierce personne (PC RTP) .....  oui  non

L'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) .....  oui  non

La prestation de compensation du handicap (PCH) .....  oui  non

L'aide-ménagère versée par les caisses de retraite .....  oui  non

L'aide-ménagère au titre de l'aide sociale départementale .....  oui  non

## 2/ Patrimoine dormant :

à renseigner pour la personne âgée et, le cas échéant, son conjoint, son concubin ou la personne avec laquelle elle a conclu un pacte civil de solidarité :

a/ Biens immobiliers (préciser la nature de ceux-ci et leur adresse) : .....

.....  
.....

b/ Biens mobiliers et capitaux non placés (dont assurance-vie) : .....

## C / DEMANDE SIMPLIFIEE D'UNE CARTE MOBILITE INCLUSION

Dans le département de l'Aude, la carte mobilité inclusion comportant les mentions "priorité" et "stationnement pour personnes handicapées" peut être délivrée sur appréciation de l'équipe médico-sociale, en application du III de l'article L.241-3.

Souhaitez-vous bénéficier de la carte mobilité inclusion comportant la mention " priorité " prévue à l'article L.241-3 :

Oui  Non

Souhaitez-vous bénéficier de la carte mobilité inclusion comportant la mention " stationnement pour personnes handicapées " prévue à l'article L.241-3 :

**Qui**       **Non**

Si l'allocation personnalisée d'autonomie vous est accordée au titre du GIR 1 ou 2, vous pouvez bénéficier sans autre condition et à titre définitif de la carte mobilité inclusion (CMI) prévue à l'art.L.241-3 du code de l'action sociale et des familles comportant les mentions "invalidité "et "stationnement" pour personnes handicapées. Vous devrez en faire la demande après réception de la notification sur le formulaire CMI sur droits ouverts disponible sur « [aude.fr](http://aude.fr) » ou auprès de votre mairie.

**Toute autre demande de CMI mention Invalidité doit se formuler auprès de la Maison Départementale des Personnes Handicapées.**

## **D / ENGAGEMENT SUR L'EXACTITUDE ET LA COMPLETITUDE DES DONNEES COMMUNIQUÉES ET CONSENTEMENT À UN TRAITEMENT DES DONNEES À CARACTERE PERSONNEL**

**Je soussigné.e :**

- **la personne âgée (nom, prénom)** .....
  - **le représentant (nom, prénom)** .....
- agissant en qualité de** .....

**A) DECLARE avoir joint à cette demande les pièces ci-dessous :**

- Pour une demande d'APA à domicile : le certificat médical circonstancié établi par le médecin traitant et placé sous pli cacheté mentionnant votre nom et votre adresse (imprimé ci-joint) ;
- Pour une demande d'APA en établissement : le bulletin d'entrée dans l'établissement, la grille AGGIR établie par l'établissement. Pour un établissement extérieur au département de l'Aude, en complément, une copie de l'arrêté fixant le prix de journée dépendance de l'établissement où réside le demandeur ;

**et dans tous les cas :**

- La photocopie d'un justificatif d'identité (livret de famille ou carte nationale d'identité) ou pour les ressortissants hors union européenne, de la carte de résidence ou du titre de séjour en cours de validité ;
- La photocopie de votre carte vitale ou attestation de droit
- La photocopie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition sur le revenu (recto et verso) et, le cas échéant, celui du conjoint, du concubin ou de la personne avec laquelle a été conclu un pacte civil de solidarité ;
- La photocopie de la dernière déclaration des revenus et, le cas échéant, celle du conjoint, du concubin ou de la personne avec laquelle a été conclu un pacte civil de solidarité ;
- Toute pièce justificative des biens ou capitaux relevant du patrimoine dormant :
  - photocopie du dernier relevé des taxes foncières sur les propriétés bâties et sur les propriétés non bâties (recto verso) et, le cas échéant, celui du conjoint, du concubin ou de la personne avec laquelle a été conclu un pacte civil de solidarité ;
  - dernier relevé de situation des contrats d'assurance-vie (celle du conjoint, du concubin ou de la personne avec laquelle a été conclu un pacte civil de solidarité) mentionnant, le cas échéant, le montant des intérêts produits ;
- La copie des relevés bancaires du compte courant des 3 derniers mois ;
- Le relevé de situation de tous les comptes bancaires ;
- Un relevé d'identité bancaire ou postal au nom du demandeur

**B) M'ENGAGE à signaler toute modification dans ma situation ;**

**C) AUTORISE le Département de l'Aude à transmettre mon dossier aux caisses de retraite et à l'espace séniors de mon territoire en cas de rejet de ma demande d'allocation personnalisée d'autonomie**

- oui     non

**D) CONSENS au traitement de mes données transmises dans le cadre de ma demande d'APA par le Département pour l'attribution et la gestion de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie, et le cas échéant de la Carte Mobilité Inclusion ainsi que le contrôle de leur effectivité.**

## **QUI RECUEILLE LES DONNEES ?**

L'étude de votre dossier nécessite la mise en œuvre par le Département d'un traitement de données à caractère personnel particulières nécessitant votre accord.

Les informations recueillies sont enregistrées et traitées par les services de la direction de l'autonomie du Département conformément aux articles R232-40 et suivants du code de l'action sociale et des familles.

## **COMBIEN DE TEMPS SONT-ELLES CONSERVEES ?**

Ces données seront conservées pendant 6 ans à compter de l'extinction de vos droits. Elles pourront être conservées pendant une durée plus longue afin de préserver les droits juridictionnels du Département.

## **QUI EN A CONNAISSANCE ?**

Elles sont destinées aux agents du Département devant intervenir dans le traitement de vos droits et le cas échéant à la Maison Départementale des Personnes Handicapées si des droits y sont ouverts, aux autorités administratives ou déléguées par elles à des fins statistiques conformément aux articles D232-38 et D232-39 du code de l'action sociale et des familles. Pour plus de détails, vous pouvez vous rendre sur le site «aude.fr ».

Les données communiquées ne seront pas utilisées à des fins de profilage mais peuvent permettre une décision automatisée afin d'accélérer le traitement de votre dossier.

## **QUELS SONT VOS DROITS ?**

Vous bénéficiez des droits suivants sur vos données personnelles :

- Droit au retrait du consentement
- Droit d'accès : vous pouvez accéder à vos données
- Droit de rectification : vous pouvez les faire modifier si vous les constatez erronées
- Droit à l'effacement des données (sous certaines conditions)
- Droit de limitation (sous certaines conditions)
- Droit à une intervention humaine notamment pour un réexamen

## **COMMENT EXERCER VOS DROITS ?**

Vous pouvez exercer vos droits en adressant votre demande écrite accompagnée d'un justificatif d'identité, et, le cas échéant, des justificatifs du titre auquel vous exercez ces droits pour un tiers (autorité parentale, tutelle, mandat), plus un justificatif d'identité du tiers concerné, par courriel à dpo@aude.fr ou par courrier à

Monsieur le délégué à la protection des données  
Département de l'Aude  
Hôtel du Département  
Allée Raymond Courrière  
11855 CARCASSONNE Cedex 9

Le cas échéant vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission informatique et libertés :  
3 Place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07 – Tél : 01 53 73 22 22

**E) CERTIFIE sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant dans ce dossier de demande d'allocation personnalisée d'autonomie** (*Le fait de percevoir ou de tenter de percevoir frauduleusement des prestations au titre de l'aide sociale pourra être sanctionné sur la base des articles 313-1, 441-1, 441-6 et 441-7 du code pénal.*)

**J'ai bien compris mes droits et que les données recueillies sont strictement nécessaires à l'instruction de ma demande.**

**J'ai bien compris que l'exercice de certains de mes droits peut avoir pour effet d'empêcher l'instruction de mon dossier ou de faire cesser l'aide à laquelle je peux éventuellement prétendre.**

**J'autorise le Département de l'Aude à utiliser les données personnelles qui me seront demandées pour le traitement de mon dossier, et, si besoin, à communiquer ces données aux personnes désignées destinataires devant intervenir dans la mise en œuvre de mon dossier**

Une copie de la présente notice m'a été transmise.

**Fait à .....**

**Signature**

**le .....**

## **QUI RECUEILLE LES DONNEES ?**

L'étude de votre dossier nécessite la mise en œuvre par le Département d'un traitement de données à caractère personnel particulières nécessitant votre accord.

Les informations recueillies sont enregistrées et traitées par les services de la direction de l'autonomie du Département conformément aux articles R232-40 et suivants du code de l'action sociale et des familles.

## **COMBIEN DE TEMPS SONT-ELLES CONSERVEES ?**

Ces données seront conservées pendant 6 ans à compter de l'extinction de vos droits. Elles pourront être conservées pendant une durée plus longue afin de préserver les droits juridictionnels du Département.

## **QUI EN A CONNAISSANCE ?**

Elles sont destinées aux agents du Département devant intervenir dans le traitement de vos droits et le cas échéant à la Maison Départementale des Personnes Handicapées si des droits y sont ouverts, aux autorités administratives ou déléguées par elles à des fins statistiques conformément aux articles D232-38 et D232-39 du code de l'action sociale et des familles.

Ces données peuvent être échangées avec des partenaires intervenant dans le suivi de votre situation, comme votre tuteur, curateur, mandataire, ou notaire, la trésorerie de votre établissement de résidence, votre établissement de résidence, les opérateurs de nos logiciels métier et interfacés, l'imprimerie nationale, le Centre National des Chèques Emploi Service Universel, l'URSSAF.

Les structures d'aide et d'accompagnement à domicile, salarié ou l'équip'sénior technicothèque pour la communication des besoins dans le cadre de votre plan d'aide humaine.

Dans le principe du « Dites-le-nous une fois » et afin de faciliter l'actualisation annuelle du montant de cette aide, le législateur a prévu à l'article L. 153 A du Livre des procédures fiscales une dérogation au secret fiscal autorisant l'administration fiscale à communiquer aux Conseils départementaux les informations nécessaires à l'appréciation des ressources des bénéficiaires de l'APA. Les données fiscales restituées par cet échange sont uniquement les montants des ressources du foyer fiscal : traitements, salaires, pensions et rentes, revenus d'activités non salariées, plus-values de cessions de biens mobiliers, revenus et capitaux mobiliers en distinguant les revenus soumis au prélèvement forfaitaire libératoire et revenus fonciers.

Les données communiquées ne seront pas utilisées à des fins de profilage mais peuvent permettre une décision automatisée afin d'accélérer le traitement de votre dossier.

Le classement en groupe iso-ressources (GIR) est déterminé de manière automatisée conformément à l'article R232-3 et ses annexes 2.1 et 2.2 du code de l'action sociale et des familles.

## **QUELS SONT VOS DROITS ?**

Vous bénéficiez des droits suivants sur vos données personnelles :

- Droit au retrait du consentement
- Droit d'accès : vous pouvez accéder à vos données
- Droit de rectification : vous pouvez les faire modifier si vous les constatez erronées
- Droit à l'effacement des données (sous certaines conditions)
- Droit de limitation (sous certaines conditions)
- Droit au réexamen de votre situation par une personne physique, obtenir des explications ou contester la décision
- Droit à la communication des règles définissant le classement en GIR et la mise en œuvre dans votre cas

## COMMENT EXERCER VOS DROITS ?

Vous pouvez exercer vos droits en adressant votre demande écrite accompagnée d'un justificatif d'identité, et, le cas échéant, des justificatifs du titre auquel vous exercez ces droits pour un tiers (autorité parentale, tutelle, mandat), plus un justificatif d'identité du tiers concerné, par courriel à [dpo@aude.fr](mailto:dpo@aude.fr) ou par courrier à

Monsieur le délégué à la protection des données  
Département de l'Aude  
Hôtel du Département  
Allée Raymond Courrière  
11855 CARCASSONNE Cedex 9

Le cas échéant vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission informatique et libertés :

3 Place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07 – Tél : 01 53 73 22 22

Concernant l'information relative à la décision automatisée du GIR, en l'absence de réponse sous le délai d'un mois, vous pouvez saisir la Commission d'accès aux documents administratifs – TSA 50730 – 75334 PARIS CEDEX 07

- A) CERTIFIE sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant dans ce dossier de demande d'allocation personnalisée d'autonomie (Le fait de percevoir ou de tenter de percevoir frauduleusement des prestations au titre de l'aide sociale pourra être sanctionné sur la base des articles 313-1, 441-1, 441-6 et 441-7 du code pénal.)**

**J'ai bien compris mes droits et que les données recueillies sont strictement nécessaires à l'instruction de ma demande.**

**J'ai bien compris que l'exercice de certains de mes droits peut avoir pour effet d'empêcher l'instruction de mon dossier ou de faire cesser l'aide à laquelle je peux éventuellement prétendre.**

**J'autorise le Département de l'Aude à utiliser les données personnelles qui me seront demandées pour le traitement de mon dossier, et, si besoin, à communiquer ces données aux personnes désignées destinataires devant intervenir dans la mise en œuvre de mon dossier**

**Une copie de la présente notice m'a été transmise.**

**Fait à .....**

**Signature**

**le .....**

## L'Allocation Personnalisée d'Autonomie

---

L'Allocation Personnalisée d'Autonomie (A.P.A.) est une prestation d'aide sociale qui relève de la compétence du Département.

Elle a pour objet de répondre aux besoins des personnes âgées dépendantes qui doivent être aidées pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou qui requièrent une surveillance régulière.

### Qui peut en bénéficier ?

- Toute personne âgée d'au moins 60 ans, résidant en France, de façon stable et régulière,
- En perte d'autonomie, c'est-à-dire dont la dépendance est évaluée par une équipe médico-sociale comme relevant du GIR 1, 2, 3 ou 4 sur la base d'une grille d'évaluation nationale (grille AGGIR).

### Quelles sont les principales caractéristiques de la prestation ?

- C'est une prestation qui peut être attribuée aux personnes résidant à domicile ou en établissement.
- C'est une prestation dont le montant est modulé en fonction du groupe de dépendance dans lequel la personne âgée a été classée et du besoin de surveillance et d'aide qu'elle requiert. Une participation financière est demandée à la personne au-delà d'un certain niveau de revenus. Elle est calculée sur la base de ses ressources et du montant du plan d'aide.
- C'est une prestation non cumulable avec les services ménagers accordés au titre de l'aide sociale, avec l'allocation compensatrice pour tierce personne, avec la majoration pour tierce personne ou avec la prestation complémentaire pour recours à tierce personne.
- C'est une prestation non récupérable qui ne peut pas donner lieu à un recours sur succession ou donation.
- C'est une prestation dont l'attribution n'est pas subordonnée à la mise en œuvre de l'obligation alimentaire.

### Quelles sont les modalités d'instruction et d'attribution de l'APA ?

- La demande, accompagnée des pièces justificatives, doit être déposée dans un point d'accueil du Département de l'Aude afin que les services compétents puissent la traiter dans les meilleurs délais.

Pour l'APA à domicile :

- Elle est affectée à la couverture des dépenses figurant dans le plan d'aide et en premier lieu à la rémunération de la personne (ou des personnes) intervenant auprès du bénéficiaire. Le bénéficiaire APA choisit le mode d'intervention dans le cadre duquel il souhaite que la personne intervienne à son domicile, il a trois possibilités :
  - mode prestataire
  - mode mandataire
  - emploi direct
- Elle est instruite par une équipe médico-sociale dont l'un des membres au moins se rend auprès de la personne ayant fait la demande d'APA.
- L'équipe médico-sociale évalue le degré de dépendance : elle discute avec la personne (et son ou ses proche(s) présents lors de la visite) de ses capacités à effectuer un certain nombre de gestes simples et essentiels de la vie quotidienne puis détermine le groupe de dépendance auquel elle appartient à partir d'un questionnaire national appelé grille AGGIR. L'évaluation de la dépendance ne consiste donc pas en une consultation médicale.
- Dans le cas où la personne est classée en GIR 1 à 4 sur la grille AGGIR, l'équipe médico-sociale apprécie les besoins de la personne et de son proche aidant éventuel. Elle propose un plan d'aide adapté qui tient compte de l'environnement, éventuellement des aides dont bénéficie le demandeur.
- Lors de la visite à domicile, le demandeur indique à l'équipe médico-sociale le mode d'intervention qu'il a choisi.
- L'APA est accordée par décision de la Présidente du Conseil départemental sur proposition d'une équipe médico-sociale. Elle est notifiée à l'intéressé dans un délai de deux mois à compter du dépôt de son dossier déclaré complet.

Pour l'APA en établissement :

Le montant de l'allocation attribué repose sur la combinaison de trois éléments :

- Le Groupe Iso-Ressources du bénéficiaire, c'est-à-dire son degré d'autonomie,
- Le tarif dépendance de l'établissement applicable à l'intéressé et fixé par le président du Conseil départemental compétent,
- Les ressources du bénéficiaire, qui vont déterminer le niveau de sa participation.