

DÉCLARATION D'UNE ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE *(les 3 premiers exemplaires sont à adresser au Conseil Général dans les 8 jours de l'embauche)*

Identité du bénéficiaire de l'allocation personnalisée d'autonomie	
Nom	Nom d'époux(se) ..
Prénoms	Né(e) le
à	N° de Sécurité sociale
Adresse	Adresse de correspondance
Code postal ville	Code postal ville
Zone réservée au Conseil Général	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>Le Conseil Général d attribue une allocation personnalisée d'autonomie à compter du à la personne désignée ci-dessus</p> <p>Fait le </p> </div> <div style="text-align: right;"> <p>Cachet du Conseil Général</p> </div> </div>	
Le bénéficiaire de l'allocation personnalisée d'autonomie atteste	
<p>1) <input type="checkbox"/> L'employeur de mon aide à domicile est une association ou une entreprise agréée <i>Veuillez préciser ci-après les nom et adresse de cette association ou entreprise :</i></p> <p><i>Si vous avez coché la case 1, vous n'avez pas à remplir le reste du formulaire. Il vous suffit de le dater et de le signer.</i></p> <p>2) <input type="checkbox"/> Je suis l'employeur de mon aide à domicile</p> <p>3) <input type="checkbox"/> Je suis hébergée(e) dans une famille d'accueil <i>Si vous avez coché la case 2 ou 3, complétez les 2 zones ci-dessous : "identité du salarié" et "mode de déclaration"</i></p>	
Identité du salarié	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>Nom</p> <p>Prénoms</p> <p>Ou, à défaut, né(e) le </p> <p>Adresse</p> <p>Code postal Ville</p> <p>DATE D'EMBAUCHE </p> </div> <div> <p>Nom d'époux(se)</p> <p>N° de Sécurité Sociale </p> <p>à ..</p> <p>Ville ..</p> </div> </div>	
<p>Ce salarié a-t-il un lien de parenté avec vous ? <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Si oui, lequel ?</p>	
Mode de déclaration	
<p>Je suis l'employeur de mon aide à domicile</p> <p><input type="checkbox"/> J'utiliserai le chèque emploi service J'adhère déjà au Centre national de traitement du chèque emploi service sous le numéro : </p> <p><i>Si vous n'êtes pas encore immatriculé(e), vous devrez remplir, dans les meilleurs délais, une demande d'adhésion au chèque emploi service auprès de votre établissement de crédit (banque, bureau de poste, caisse d'épargne)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Je verserai les cotisations à l'URSSAF Je suis déjà immatriculé(e) à l'URSSAF sous le numéro : </p>	<p>Je suis hébergé(e) dans une famille d'accueil</p> <p><input type="checkbox"/> Je verserai les cotisations à l'URSSAF Je suis déjà immatriculé(e) à l'URSSAF sous le numéro : </p>

Date | | | | | | | | | |

Signature

DÉCLARATION D'UNE ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE

(les 3 premiers exemplaires sont à adresser au Conseil Général dans les 8 jours de l'embauche)

Identité du bénéficiaire de l'allocation personnalisée d'autonomie	
Nom	Nom d'époux(se)
Prénoms	Né(e) le
à	N° de Sécurité sociale
Adresse	Adresse de correspondance
Code postal ville	Code postal ville
Zone réservée au Conseil Général	
<p><i>Le Conseil Général d attribue une allocation personnalisée d'autonomie à compter du à la personne désignée ci-dessus</i></p> <p><i>Fait le Cachet du Conseil Général</i></p>	
Le bénéficiaire de l'allocation personnalisée d'autonomie atteste	
<p>1) <input type="checkbox"/> L'employeur de mon aide à domicile est une association ou une entreprise agréée <i>Veuillez préciser ci-après les nom et adresse de cette association ou entreprise :</i></p> <p><i>Si vous avez coché la case 1, vous n'avez pas à remplir le reste du formulaire. Il vous suffit de le dater et de le signer.</i></p> <p>2) <input type="checkbox"/> Je suis l'employeur de mon aide à domicile</p> <p>3) <input type="checkbox"/> Je suis hébergée(e) dans une famille d'accueil <i>Si vous avez coché la case 2 ou 3, complétez les 2 zones ci-dessous : "identité du salarié" et "mode de déclaration"</i></p>	
Identité du salarié	
<p>Nom Nom d'époux(se)</p> <p>Prénoms N° de Sécurité Sociale</p> <p>Ou, à défaut, né(e) le à</p> <p>Adresse</p> <p>Code postal Ville</p> <p>DATE D'EMBAUCHE</p> <p>Ce salarié a-t-il un lien de parenté avec vous ? <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Si oui, lequel ?</p>	
Mode de déclaration	
<p>Je suis l'employeur de mon aide à domicile</p> <p><input type="checkbox"/> J'utiliserai le chèque emploi service J'adhère déjà au Centre national de traitement du chèque emploi service sous le numéro : </p> <p><i>Si vous n'êtes pas encore immatriculé(e), vous devrez remplir, dans les meilleurs délais, une demande d'adhésion au chèque emploi service auprès de votre établissement de crédit (banque, bureau de poste, caisse d'épargne)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Je verserai les cotisations à l'URSSAF Je suis déjà immatriculé(e) à l'URSSAF sous le numéro : </p>	<p>Je suis hébergé(e) dans une famille d'accueil</p> <p><input type="checkbox"/> Je verserai les cotisations à l'URSSAF Je suis déjà immatriculé(e) à l'URSSAF sous le numéro : </p>

Date | |

Signature

DÉCLARATION D'UNE ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE
(les 3 premiers exemplaires sont à adresser au Conseil Général dans les 8 jours de l'embauche)

Identité du bénéficiaire de l'allocation personnalisée d'autonomie	
Nom ..	Nom d'époux(se) ..
Prénoms ..	Né(e) le
à ..	N° de Sécurité sociale
Adresse ..	Adresse de correspondance ..
Code postal ville ..	Code postal ville ..
Zone réservée au Conseil Général	
Le Conseil Général d attribue une allocation personnalisée d'autonomie à compter du à la personne désignée ci-dessus Fait le Cachet du Conseil Général	
Le bénéficiaire de l'allocation personnalisée d'autonomie atteste	
1) <input type="checkbox"/> L'employeur de mon aide à domicile est une association ou une entreprise agréée Veuillez préciser ci-après les nom et adresse de cette association ou entreprise : <i>Si vous avez coché la case 1, vous n'avez pas à remplir le reste du formulaire. Il vous suffit de le dater et de le signer.</i>	
2) <input type="checkbox"/> Je suis l'employeur de mon aide à domicile 3) <input type="checkbox"/> Je suis hébergée(e) dans une famille d'accueil <i>Si vous avez coché la case 2 ou 3, complétez les 2 zones ci-dessous : "identité du salarié" et "mode de déclaration"</i>	
Identité du salarié	
Nom ..	Nom d'époux(se) ..
Prénoms ..	N° de Sécurité Sociale
Ou, à défaut, né(e) le	à ..
Adresse ..	
Code postal	Ville ..
DATE D'EMBAUCHE	
Ce salarié a-t-il un lien de parenté avec vous ? <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Si oui, lequel ? ..	
Mode de déclaration	
Je suis l'employeur de mon aide à domicile <input type="checkbox"/> J'utiliserai le chèque emploi service J'adhère déjà au Centre national de traitement du chèque emploi service sous le numéro : <i>Si vous n'êtes pas encore immatriculé(e), vous devrez remplir, dans les meilleurs délais, une demande d'adhésion au chèque emploi service auprès de votre établissement de crédit (banque, bureau de poste, caisse d'épargne)</i> <input type="checkbox"/> Je verserai les cotisations à l'URSSAF Je suis déjà immatriculé(e) à l'URSSAF sous le numéro : 	Je suis hébergé(e) dans une famille d'accueil <input type="checkbox"/> Je verserai les cotisations à l'URSSAF Je suis déjà immatriculé(e) à l'URSSAF sous le numéro :

Date | | | | | | | |

Signature

DÉCLARATION D'UNE ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE
(les 3 premiers exemplaires sont à adresser au Conseil Général dans les 8 jours de l'embauche)

Identité du bénéficiaire de l'allocation personnalisée d'autonomie	
Nom	Nom d'époux(se) ..
Prénoms	Né(e) le
à	N° de Sécurité sociale
Adresse	Adresse de correspondance
Code postal ville	Code postal ville
Zone réservée au Conseil Général	
Le Conseil Général d attribue une allocation personnalisée d'autonomie à compter du à la personne désignée ci-dessus Fait le Cachet du Conseil Général	
Le bénéficiaire de l'allocation personnalisée d'autonomie atteste	
1) <input type="checkbox"/> L'employeur de mon aide à domicile est une association ou une entreprise agréée Veuillez préciser ci-après les nom et adresse de cette association ou entreprise : <i>Si vous avez coché la case 1, vous n'avez pas à remplir le reste du formulaire. Il vous suffit de le dater et de le signer.</i>	
2) <input type="checkbox"/> Je suis l'employeur de mon aide à domicile 3) <input type="checkbox"/> Je suis hébergée(e) dans une famille d'accueil <i>Si vous avez coché la case 2 ou 3, complétez les 2 zones ci-dessous : "identité du salarié" et "mode de déclaration"</i>	
Identité du salarié	
Nom	Nom d'époux(se)
Prénoms	N° de Sécurité Sociale
Ou, à défaut, né(e) le	à ..
Adresse	
Code postal	Ville
DATE D'EMBAUCHE	
Ce salarié a-t-il un lien de parenté avec vous ? <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Si oui, lequel ? ..	
Mode de déclaration	
Je suis l'employeur de mon aide à domicile <input type="checkbox"/> J'utiliserai le chèque emploi service J'adhère déjà au Centre national de traitement du chèque emploi service sous le numéro : <i>Si vous n'êtes pas encore immatriculé(e), vous devrez remplir, dans les meilleurs délais, une demande d'adhésion au chèque emploi service auprès de votre établissement de crédit (banque, bureau de poste, caisse d'épargne)</i> <input type="checkbox"/> Je verserai les cotisations à l'URSSAF Je suis déjà immatriculé(e) à l'URSSAF sous le numéro : 	Je suis hébergé(e) dans une famille d'accueil <input type="checkbox"/> Je verserai les cotisations à l'URSSAF Je suis déjà immatriculé(e) à l'URSSAF sous le numéro :

Date | | | | | | | | | |

Signature

FEUILLET N°1**A - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DEMANDEUR**

		LE CONJOINT, CONCUBIN OU PACS
NOM USUEL		
NOM DE JEUNE FILLE		
PRENOM		
DATE DE NAISSANCE		
SITUATION DE FAMILLE (célibataire, marié, concubin, pacs, divorcé, séparé, veuf)		
NATIONALITE (date de limite de validité de la carte de séjour pour les étrangers)		
CAISSE ET N° DE SECURITE SOCIALE		
PROFESSION		
REGIME DE RETRAITE PRINCIPAL		

B - ADRESSE ACTUELLE DU DEMANDEUR

Date d'arrivée à cette adresse	N° et voie	Commune	Code postal et bureau distributeur

☎ Téléphone (obligatoire) : _____

S'agit-il : ☐ du domicile ☐ d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées
☐ d'une famille d'accueil agréée

A domicile, le demandeur est : ☐ locataire ☐ propriétaire ☐ usufruitier ☐ logé à titre gratuit

Adresse précédente : (si déménagement depuis moins de trois mois ou si résidence en établissement)

_____ depuis le : _____

ADRESSE ACTUELLE DU CONJOINT, DU CONCUBIN OU DE LA PERSONNE AVEC QUI A ETE CONCLU UN PACS

Date d'arrivée à cette adresse	N° et voie	Commune	Code postal et bureau distributeur

S'agit-il : ☐ du domicile ☐ d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées
☐ d'une famille d'accueil agréée

C - REPRESENTANT DE LA PERSONNE

Le demandeur est-il sous tutelle ou curatelle ? OUI ☐ NON ☐

si OUI Nom et prénom du tuteur ou curateur ou nom de l'organisme de tutelle
 (préciser le nom du délégué) : _____

Adresse : _____
 _____ ☎ (obligatoire) : _____

si NON Y a-t-il lieu de contacter une personne en particulier pour suivre le dossier ?
 (autre que le conjoint) OUI ☐ NON ☐

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

☎ (obligatoire) : _____ @ email : _____

S'agit-il d'un membre de la famille ? OUI ☐ NON ☐ Lien de parenté : _____

FEUILLET N°2**D - RESSOURCES ANNUELLES DU DEMANDEUR**

1 - RETRAITES PRINCIPALES	Nom et adresse de l'organisme	N° d'allocataire ou de retraite	MONTANT
Allocation spéciale vieillesse et allocation supplémentaire			
Régime général CRAM			
Mutualité sociale agricole			
AVA (Retraite des Artisans)			
ORGANIC (Retraite des Commerçants)			
Autres caisses de retraite "non salariés"			
Régimes spéciaux (fonctionnaires, SNCF, etc...)			
Régimes étrangers			

2 - RETRAITES COMPLEMENTAIRES (ARRCO, AGIRC, etc...) NOM DE L'ORGANISME :	MONTANT

3 - REMUNERATIONS	MONTANT
Traitements et salaires	
Bénéfice Agricole ou B.I.C. (rayer la mention inutile)	
Indemnités journalières de maladie	

4 - ALLOCATIONS DIVERSES ET AUTRES REVENUS	MONTANT
Rente ou pension d'invalidité	
Rente viagère	
Revenus locatifs, fermage	
Revenus de capitaux	
Allocation logement	
Autres (précisez)	

TOTAL	
--------------	--

FEUILLET N°2 Bis**D - RESSOURCES ANNUELLES DU CONJOINT, CONCUBIN OU LA PERSONNE AVEC LAQUELLE A ETE CONCLU UN PACS**

1 - RETRAITES PRINCIPALES	Nom et adresse de l'organisme	N° d'allocataire ou de retraite	MONTANT
Allocation spéciale vieillesse et allocation supplémentaire			
Régime général CRAM			
Mutualité sociale agricole			
AVA (Retraite des Artisans)			
ORGANIC (Retraite des Commerçants)			
Autres caisses de retraite "non salariés"			
Régimes spéciaux (fonctionnaires, SNCF, etc...)			
Régimes étrangers			

2 - RETRAITES COMPLEMENTAIRES (ARRCO, AGIRC, etc...) NOM DE L'ORGANISME :	MONTANT

3 - REMUNERATIONS	MONTANT
Traitements et salaires	
Bénéfice Agricole ou B.I.C. (rayer la mention inutile)	
Indemnités journalières de maladie	

4 - ALLOCATIONS DIVERSES ET AUTRES REVENUS	MONTANT
Rente ou pension d'invalidité	
Rente viagère	
Revenus locatifs, fermage	
Revenus de capitaux	
Allocation logement	
Autres (précisez)	

TOTAL	
--------------	--

FEUILLET N°3**PATRIMOINE****E - BIENS IMMOBILIERS****(appartenant au demandeur, au conjoint, concubin ou la personne avec laquelle a été conclu un PACS)**

Désignation * (maison, appartement, propriété agricole, terrain bâti ou non bâti...)	Adresse	Valeur locative

* *préciser s'il s'agit de biens en pleine propriété, en nue-propriété ou en indivision***Services ménagers, portage de repas, aide sociale hébergement uniquement :**Avez-vous effectué une **donation** ? ☐ OUI* ☐ NON* si **OUI**, joindre copie acte notarié ou déclaration aux services fiscaux

F - BIENS MOBILIERS ET EPARGNE (Joindre les justificatifs ou faire compléter et tamponner ce feuillet par vos banques)	MONTANT : Demandeur		MONTANT : Conjoint, Concubin ou PACS	
	CAPITAL	INTERETS Annuels	CAPITAL	INTERETS Annuels
CAPITAUX NON PRODUCTIFS D'INTERÊTS (si montant > à 1.500 Euros, exemple : Compte-chèques)				
CAPITAUX PRODUCTIFS D'INTERÊTS				
Livret d'épargne : 1er livret 2ème livret				
Livret d'épargne Populaire (L.E.P.)				
C.O.D.E.V.I.				
Livret ou Compte Epargne Logement				
Bons d'Epargne, Bons de caisse, Bons de capitalisation				
Epargne assurance vie (ex : SUREPARGNE - ASSURDIX)				
P.E.P.				
Obligations - Actions				
S.I.C.A.V. et fonds commun de placement				
S.C.P.I.				
Bons anonymes				
AUTRES : préciser				

**RECEPISSE DE DEMANDE D'AIDE
POUR UNE PERSONNE AGEE****NOM :**

PRENOM :

COMMUNE :

CANTON :

RESERVE D.D.S.

N°DOSSIER :

CIRCONSCRIPTION :

La présente demande vise à l'obtention d'une aide à la dépendance :

- à domicile : ☐ aide ménagère - ☐ portage de repas - ☐ Allocation Personnalisée d'Autonomie
- en établissement : ☐ aide sociale hébergement - ☐ Allocation Personnalisée d'Autonomie

Elle concerne :

- ☐ une personne seule ou un seul membre du couple
☐ les deux membres du couple

Je soussigné :

- agissant en mon nom propre
- en ma qualité de représentant de M. _____
(rayer la mention inutile)

certifie l'exactitude des renseignements figurant sur la présente demande, avoir pris connaissance des sanctions encourues en cas de fausse déclaration et m'engage à fournir toutes les pièces justificatives qui me seraient demandées.

A _____ le _____

**Signature du demandeur
(ou autre à préciser)**

DISPOSITIONS RELATIVES A 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 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 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 l'exercice de ce droit, il convient de vous adresser, en justifiant de votre identité, à :

Monsieur le Président du Conseil Général
à l'adresse ci-dessous :

DIRECTION DU DEVELOPPEMENT SOCIAL
Service Personnes âgées – Personnes handicapées
Hôtel du Département
1633, avenue du Maréchal Leclerc
47922 AGEN Cedex 9

**RECEPISSE DE DEMANDE D'AIDE
POUR UNE PERSONNE AGEE**

NOM :

PRENOM :

COMMUNE :

CANTON :

RESERVE D.D.S.

N° DOSSIER :

CIRCONSCRIPTION :

La présente demande vise à l'obtention d'une aide à la dépendance :

- à domicile : ☐ aide ménagère - ☐ portage de repas - ☐ Allocation Personnalisée d'Autonomie**
- en établissement : ☐ aide sociale hébergement - ☐ Allocation Personnalisée d'Autonomie

Elle concerne :

- ☐ une personne seule ou un seul membre du couple
☐ les deux membres du couple

Je soussigné :

- agissant en mon nom propre
- en ma qualité de représentant de M. _____
(rayer la mention inutile)

certifie l'exactitude des renseignements figurant sur la présente demande, avoir pris connaissance des sanctions encourues en cas de fausse déclaration et m'engage à fournir toutes les pièces justificatives qui me seraient demandées.

A _____ le _____

**Signature du demandeur
(ou autre à préciser)**

DISPOSITIONS RELATIVES A 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 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 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 l'exercice de ce droit, il convient de vous adresser, en justifiant de votre identité, à :

Monsieur le Président du Conseil Général
à l'adresse ci-dessous :

DIRECTION DU DEVELOPPEMENT SOCIAL
Service Personnes âgées – Personnes handicapées
Hôtel du Département
1633, avenue du Maréchal Leclerc
47922 AGEN Cedex 9

**RECEPISSE DE DEMANDE D'AIDE
POUR UNE PERSONNE AGEE**

NOM :

PRENOM :

COMMUNE :

CANTON :

RESERVE D.D.S.

N° DOSSIER :

CIRCONSCRIPTION :

La présente demande vise à l'obtention d'une aide à la dépendance :

- à domicile : ☐ aide ménagère - ☐ portage de repas - ☐ Allocation Personnalisée d'Autonomie
- en établissement : ☐ aide sociale hébergement - ☐ Allocation Personnalisée d'Autonomie

Elle concerne :

- ☐ une personne seule ou un seul membre du couple
☐ les deux membres du couple

Je soussigné :

- agissant en mon nom propre
- en ma qualité de représentant de M. _____
(rayer la mention inutile)

certifie l'exactitude des renseignements figurant sur la présente demande, avoir pris connaissance des sanctions encourues en cas de fausse déclaration et m'engage à fournir toutes les pièces justificatives qui me seraient demandées.

A _____ le _____

**Signature du demandeur
(ou autre à préciser)**

DISPOSITIONS RELATIVES A 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 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 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 l'exercice de ce droit, il convient de vous adresser, en justifiant de votre identité, à :

Monsieur le Président du Conseil Général
à l'adresse ci-dessous :

DIRECTION DU DEVELOPPEMENT SOCIAL
Service Personnes âgées – Personnes handicapées
Hôtel du Département
1633, avenue du Maréchal Leclerc
47922 AGEN Cedex 9

FEUILLET N° 5**CADRE RÉSERVÉ A LA MAIRIE OU CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE**

- ✎ POUR UNE DEMANDE D'AIDE SOCIALE HEBERGEMENT UNIQUEMENT, LISTE DES OBLIGES ALIMENTAIRES
(conjoint, père, mère, enfants, petits-enfants, gendres et belles filles) :

NOM - Prénom	Lien de parenté	Adresse

- ✎ AVIS DU MAIRE, PRESIDENT DU CONSEIL D'ADMISTRATION DU C.C.A.S. :

A _____ le _____
Signature

CADRE RÉSERVÉ A LA MAIRIE OU CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE

✎ AVIS DU MAIRE, PRESIDENT DU CONSEIL D'ADMISTRATION DU C.C.A.S. :

A _____ le _____
Signature

NOTICE

Pour constituer un dossier relatif à une demande d'AIDE POUR PERSONNE AGÉE

☞ Remplir le modèle de demande.

☞ Répondre scrupuleusement à toutes les rubriques de la demande, en indiquant "néant" le cas échéant.

■ Joindre obligatoirement :

Tout dossier incomplet ne pourra être traité.

- ☐ - La photocopie du livret de famille ou de la carte nationale d'identité ou d'un passeport de la communauté européenne ou un extrait d'acte de naissance. S'il s'agit d'un demandeur de nationalité étrangère, la photocopie de la carte de résidence ou du titre de séjour.
- ☐ - Une photocopie des pièces justificatives de toutes vos ressources de l'année civile précédant la demande (par exemple : pour l'année 2002 les ressources 2001) et, le cas échéant, des ressources de votre conjoint ou de votre concubin ou de la personne avec qui vous avez conclu un pacte civil de solidarité.
- ☐ - Une attestation bancaire détaillée mentionnant la liste des comptes existants et les revenus de capitaux perçus ou capitalisés au titre de l'année 2009 (livret A, LEP, CODEVI, obligations, actions et titres,...).
- ☐ - Une photocopie de l'avis d'imposition ou de non imposition.
- ☐ - Les justificatifs de domicile :
 - ☞ Photocopie d'une quittance de loyer si vous êtes locataire, appel de charges de copropriété, avis d'imposition de taxe foncière sur les propriétés bâties et non bâties si vous êtes propriétaire ou tout autre document en votre possession.
- ☐ - La copie de l'attestation de la carte Vitale.
- ☐ - Un relevé d'identité bancaire ou postal personnel.

et le cas échéant :

- La copie du jugement du tutelle ou de curatelle.
- Pour les demandes de services ménagers, portage de repas et aide sociale hébergement la copie intégrale des actes de donation-partage, legs, ventes.

DATE D'ENVOI DU DOSSIER PAR LA MAIRIE :



DIRECTION DU DEVELOPPEMENT SOCIAL

DOCUMENT PREPARATOIRE A UNE VISITE À DOMICILE DANS LE CADRE
D'UNE DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE

1 - DEMANDEUR

NOM PATRONYMIQUE :

PRENOM :

NOM DE JEUNE FILLE :

Adresse complète :

.....

N° digicode : Etage : Bâtiment :

N° de téléphone :

2 - CONDITIONS DE LOGEMENT

Vivez-vous :

(cochez la case)

• à votre domicile

☐

• chez un membre de votre famille

☐

• dans une famille d'accueil

☐

3 - SI HABITAT RURAL DISPERSÉ, PLAN D'ACCÈS AU DOMICILE DU DEMANDEUR

Le domicile du demandeur est situé sur la route n°

au lieu dit

SCHÉMA TOPOGRAPHIQUE

(signaler les repères utiles : mairie, école, monument, église, transformateur, cimetière, croisement ou tout autre repère).

CONSEIL GENERAL DE LOT-ET-GARONNE

DIRECTION DU DEVELOPPEMENT SOCIAL

A REMETTRE A VOTRE MEDECIN TRAITANT

CERTIFICAT MEDICAL

POUR UNE DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE

Mon cher confrère,

La loi du 20 juillet 2001 a instauré une allocation personnalisée d'autonomie qui se substitue à la prestation spécifique dépendance. Elle est destinée aux personnes âgées de plus de 60 ans, qui, nonobstant les soins qu'elles sont susceptibles de recevoir, ont besoin d'être aidées pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou requièrent une surveillance régulière.

Le Conseil Général est l'institution gestionnaire de ce nouveau dispositif. Pour permettre l'instruction de la demande, je vous saurais gré de bien vouloir remplir ce certificat médical, et le remettre, dûment cacheté, à votre patient car il fait partie du dossier qu'il doit constituer.

L'appréciation de son besoin d'aide ou de surveillance se fera à partir :

- des éléments contenus dans ce certificat médical,
- des informations recueillies à domicile par une équipe (médecin, assistante sociale).

L'ensemble de ces informations permettra, en lien avec l'équipe médico-sociale, d'élaborer le plan d'aide et de surveillance, en tenant compte de l'environnement social de la personne.

Nous nous permettons de vous préciser que l'équipe médico-sociale et l'ensemble des services sont astreints au secret professionnel (article L. 133-5 du Code de l'Action Sociale des Familles, articles L. 226-13 et L. 226-14 du Code Pénal et articles 50, 104 et 108 du Code de Déontologie Médicale).

Nous nous tenons à votre disposition pour toute information complémentaire que vous pourriez souhaiter, ou tout renseignement qu'il vous paraîtrait utile de nous communiquer.

Les Médecins Coordonnateurs de
l'Allocation Personnalisée d'Autonomie

Secteur Agen-Villeneuve-Nérac ☎ 05.53.69.41.42
Secteur Marmande-Tonneins-Fumel ☎ 05.53.64.78.41

VISITE A DOMICILE DU :

IDENTIFICATION DU DEMANDEUR

NOM : NOM DE JEUNE FILLE :

PRENOM : DATE DE NAISSANCE :

COMMUNE DE RESIDENCE :

Diagnostic principal motivant la présente demande :

Origine, date d'apparition, caractère chronique ou évolutif :

.....

.....

.....

Traitements en cours :

.....

.....

.....

Autres pathologies :

[illegible]

Degré d'autonomie et besoin d'assistance :

- Le demandeur a-t-il besoin d'être aidé pour un, plusieurs ou la plupart des actes ordinaires de la vie ?

	OUI		NON
--	-----	--	-----

Peut-il :	oui	avec difficultés	non
Se lever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se coucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'habiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faire sa toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aller aux toilettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre(s) (précisez)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- S'il s'agit d'un handicap mental, le patient :

peut accomplir les actes ordinaires de la vie

doit être sollicité pour accomplir les actes ordinaires de la vie

	OUI		NON
	OUI		NON

- La station debout lui est-elle pénible ?

	OUI		NON
--	-----	--	-----

- Le demandeur doit-il être accompagné dans ses déplacements ?

	OUI		NON
--	-----	--	-----

- Une surveillance constante, autre que médicale, est-elle nécessaire ?

	OUI		NON
--	-----	--	-----

- Soins paramédicaux mis en place

- ☐ Rééducation fonctionnelle
- ☐ Placement en milieu spécialisé
- ☐ Soins de nursing
- Autre précisez :

CONCLUSIONS _____

A _____, le _____

Signature (indispensable)

Cachet (indispensable)

DIRECTION DU DEVELOPPEMENT SOCIAL

DOCUMENT PREPARATOIRE A UNE VISITE À DOMICILE DANS LE CADRE
D'UNE DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE

1 - DEMANDEUR

NOM PATRONYMIQUE :

PRENOM :

NOM DE JEUNE FILLE :

Adresse complète :

.....

N° digicode : Etage : Bâtiment :

N° de téléphone :

2 - CONDITIONS DE LOGEMENT

Vivez-vous :

(cochez la case)

• à votre domicile

☐

• chez un membre de votre famille

☐

• dans une famille d'accueil

☐

3 - SI HABITAT RURAL DISPERSÉ, PLAN D'ACCÈS AU DOMICILE DU DEMANDEUR

Le domicile du demandeur est situé sur la route n°

au lieu dit

SCHÉMA TOPOGRAPHIQUE

(signaler les repères utiles : mairie, école, monument, église, transformateur, cimetière, croisement ou tout autre repère).