SEINE-MARITIME
- LE DÉPARTEMENT -

CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION	
N° DOSSIER	
NOM	
PRÉNOM	
Date de fin de Droits	
DATE DE DÉPÔT *(TAMPON DATEUR)*	

P.1699/2

DEMANDE DE

☐ **REVISION**

☐ **RENOUVELLEMENT**
(Arrivée en fin de droits)

D'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE À DOMICILE

D'UNE PERSONNE AGÉE DE SOIXANTE ANS ET PLUS

0000 0024

ETAT CIVIL DE LA PERSONNE POUR LAQUELLE L'ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE EST SOLLICITEE (LE DEMANDEUR)

COMPOSITION DU FOYER

Nom

Nom de naissance

Prénoms

Date de naissance **Lieu de naissance**

Situation de la Famille :

☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Concubinage ☐ Séparé(e)

☐ Veuf(ve) ☐ Divorcé(e) ☐ Personne ayant conclu un PACS (Pacte Civil de Solidarité)

depuis le : ..... /..... /.....

Nationalité

N° de Sécurité Sociale | | | | | | | clé |

Êtes-vous en activité ? ☐ OUI ☐ NON

Êtes-vous retraité(e) ? ☐ OUI ☐ NON

Nom de l'organisme <u>principal</u> de retraite :

☐ CARSAT ☐ MSA ☐ RSI ☐ CNRACL ☐ SNCF ☐ Autres à préciser : .....

Nom du conjoint, concubin ou membre du PACS

Nom de naissance

Prénoms

Date de naissance **Lieu de naissance**

N° de Sécurité Sociale | | | | | | | clé |

Est-il en activité ? ☐ OUI ☐ NON

Est-il retraité(e) ? ☐ OUI ☐ NON (Si oui, précisez le régime **<u>principal</u>** de retraite)

☐ CARSAT ☐ MSA ☐ RSI ☐ CNRACL ☐ SNCF ☐ Autres (à préciser) : .....

ADRESSE ACTUELLE DU DEMANDEUR

N° : ..... Bâtiment : ..... Étage : .....

Rue : .....

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

Tél. domicile ☐☐☐☐☐ Tél. portable ☐☐☐☐☐

Adresse mail : .....

Précisez s'il s'agit

☐ Du domicile (si oui, précisez) ☐ Locataire ☐ Propriétaire

☐ D'une résidence autonomie* (si oui, précisez le nom)

☐ De l'accueil par un particulier à domicile à titre onéreux dans le cadre de la loi 2015-1776 du 28 décembre 2015 (si oui, précisez le nom et prénom de l'accueillant familial)

☐ Autre établissement (si oui, précisez le nom)

Date d'arrivée à cette adresse ..... /..... /.....

Adresse précédente (à compléter **impérativement** pour les personnes domiciliées en résidence autonomie*, en famille d'accueil ou autre établissement) :

Lieu de résidence du conjoint, concubin ou membre du PACS si différente

Autre(s) personne(s) vivant au domicile du demandeur (hors conjoint, concubin ou membre du pacs)

Nom et Prénom	Date de naissance	Lien	Profession / Activité

Le demandeur fait-il l'objet d'une mesure de protection juridique ?

☐ OUI ☐ NON ☐ EN COURS

Si oui, de quel type ? ☐ Sauvegarde de justice ☐ Curatelle ☐ Tutelle ☐ Habilitation familiale

(Joindre le Jugement)

Nom et prénom du tuteur, curateur, personne habilitée ou nom de l'organisme chargé de la mesure :

Adresse

** Nouvelle appellation des Logements Foyers issue de la loi du 28 décembre 2015 relative à l'Adaptation de la Société au Vieillissement*

AUTRES RENSEIGNEMENTS

NOM du Médecin Traitant

Adresse

Tél.

PERSONNE À CONTACTER POUR SUIVRE LE DOSSIER ET ORGANISER LA VISITE AU DOMICILE :

Nom et prénom **Date de naissance**

Tél. domicile **Tél. portable**

Lien avec le demandeur ☐ Enfant ☐ Petit-enfant ☐ Frère ou sœur ☐ Ami
☐ Autres : à préciser .....

Adresse

Adresse mail : .....

PERSONNE / ORGANISME À L'ORIGINE DE LA DEMANDE

☐ Demandeur ☐ Famille ☐ Médecin Traitant ☐ CCAS ☐ CLIC

☐ Service Social Hôpital/Clinique ☐ Autres (à préciser) .....

MOTIFS DE LA DEMANDE : (Aggravation ou amélioration de l'état de santé, aidant bénévole moins disponible, etc)

HOSPITALISATION :

Avez-vous été hospitalisé(e) dans les trois derniers mois : ☐ OUI ☐ NON

Si OUI : Lieu et date d'hospitalisation et date de sortie prévue : *(joindre les bulletins de situation)*

Date d'entrée ..... / ..... / .....

Date de sortie prévue ..... / ..... / .....

Hospitalisation en cours ☐ OUI ☐ NON

Depuis l'attribution de votre APA, bénéficiez-vous ? *(joindre les justificatifs correspondants)*

☐ D'une Majoration Tierce Personne (MTP) (versée par la Sécurité Sociale, votre caisse de retraite…)

☐ D'une Prestation Complémentaire pour Recours à Tierce Personne (PCRTP)

L'ORGANISATION ACTUELLE AU DOMICILE

Aide à Domicile	Nombre d'heures réalisées par mois
☐ **Prestataire**	
☐ **Mandataire**	
☐ **Emploi Direct**	

Famille d'accueil agréée	Nombre de minimums garantis pour services rendus et sujétions particulières : .....
Autres intervenants à domicile	☐ Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) ☐ Hospitalisation à Domicile (HAD) ☐ Infirmière ☐ Autres (à préciser) Coordonnées : .....

Autres dépenses régulières	Montant mensuel
Portage de repas à domicile	
Téléalarme ou télé assistance	
Matériel à usage unique	
Transport	
Autres (à préciser)	

Accueils Spécifiques	Nombre de journées par semaine
Hébergement temporaire	
Accueil de jour	

MODIFICATIONS DU PLAN D'AIDE SOUHAITEES

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE(S) PROCHE(S) AIDANT(S)* DU DEMANDEUR (FACULTATIF)

Nom et prénom de votre ou de vos aidants	Age	Lieu de résidence	Nature du lien avec vos aidants	Nature de l'aide apportée (accompagnement dans les actes de la vie quotidienne, déplacements, courses…)	Nombre d'heures approximatif dans le mois

** Famille, entourage amical ou voisinage qui vous apportent une aide dans la vie quotidienne*

CARTE MOBILITE INCLUSION (CMI)

Bénéficiez-vous actuellement ?
- d'une carte de stationnement ☐ OUI ☐ NON
- d'une carte d'invalidité ☐ OUI ☐ NON
- d'une carte de priorité ☐ OUI ☐ NON

Si vous avez coché NON dans le cadre du dépôt de votre dossier APA, souhaitez- vous bénéficier de la CMI, prévue à l'article L.241 -3 du CASF ** comportant la mention :
- stationnement pour personnes handicapées ☐ OUI* ☐ NON
- invalidité ☐ OUI* ☐ NON
- priorité ☐ OUI* ☐ NON

**Si vous avez coché OUI et obtenez l'APA avec une perte d'autonomie de niveaux 1 ou 2 (les plus élevés sur la grille nationale de la perte d'autonomie), la CMI comportant les mentions invalidité et stationnement vous seront automatiquement attribuées à titre définitif.*

**Si vous avez coché OUI et obtenez l'APA avec une perte d'autonomie de niveau 3 ou 4, la CMI comportant la mention priorité et stationnement pourra vous être attribuée, suite à l'évaluation réalisée à votre domicile par un professionnel du Département. Si vous avez fait une demande de CMI avec mention Invalidité, les services de la MDPH* étudieront votre demande.*

Dans ce cas, vous autorisez, de manière implicite, les services du Département à transmettre votre demande à la MDPH*

**MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées*
*** CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles*

Les informations recueillies dans ce formulaire, avec votre consentement, font l'objet d'un traitement informatique mis en œuvre par le Département de la Seine-Maritime pour la gestion de votre demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie à domicile. Cette aide s'inscrit dans le cadre réglementaire suivant :

- Décret n° 2017-880 du 9 mai 2017 autorisant les traitements de données à caractère personnel destinés à la mise en œuvre de l'allocation personnalisée d'autonomie et de l'aide sociale à l'hébergement

Toutes les réponses sont obligatoires. Un défaut de réponse entraînera des retards ou une impossibilité dans l'instruction du dossier.

Les destinataires des informations collectées sont les services du Département habilités à instruire les dossiers et, le cas échéant, les administrations et organismes conventionnés par celui-ci au vu de leur mission spécifique.

Les informations sont conservées conformément à l'article 1 du décret sus-cité.

Conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de limitation, de portabilité aux informations qui vous concernent et de définir le sort de vos données après votre décès. Vous pouvez exercer ces droits par courrier à l'adresse suivante : Monsieur le délégué à la protection des données – Département de la Seine-Maritime – Quai Jean Moulin – CS 56101- 76101 – Rouen Cedex ou par courriel à dpo@seinemaritime.fr

Vous pouvez également introduire une réclamation auprès de la CNIL (3 place de Fontenoy -TSA 80715 - 75334 Paris cedex - www.cnil.fr)

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES REVENUS ET LE PATRIMOINE

EN COMPLEMENT DES DOCUMENTS RELATIFS A VOS REVENUS A JOINDRE A VOTRE DEMANDE

(voir la liste des pièces justificatives à produire page 8)

• Revenus complémentaires :

Percevez-vous une rente viagère à titre onéreux ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, a-t-elle été constituée en vue de vous prémunir contre le risque de la perte d'autonomie ?

Joindre le justificatif correspondant ☐ OUI ☐ NON

Bénéficiez-vous d'une pension alimentaire ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, versée par : ☐ Descendant ☐ Ex conjoint ☐ Autre (à préciser) : .....

• Patrimoine dormant du demandeur, du conjoint, concubin ou de la personne avec laquelle vous avez conclu un PACS : *La résidence principale ne doit pas être déclarée si elle est occupée par le demandeur, son conjoint, concubin, pacsé, ses enfants et petits-enfants.*

Possédez-vous des biens mobiliers ? ☐ OUI ☐ NON

(objets d'art et de valeur, bateaux, chevaux de courses…)

Si oui, préciser la valeur : €

Avez-vous souscrit un ou des contrats d'assurance-vie non déclaré sur l'avis d'imposition ? ☐ OUI ☐ NON

Si OUI, joindre les justificatifs au 31 décembre de l'année écoulée

Possédez-vous des biens immobiliers non loués ou occupés à titre gratuit ? ☐ OUI ☐ NON

SI OUI, préciser la nature des biens et adresses dans le tableau ci-dessous

Nature des biens *(ex : maison, terrains, appartement et terres agricoles...)*	**Préciser le propriétaire**		**Valeur locative* en euros**	**Lien de parenté de l'occupant éventuel**
	Demandeur	**Conjoint ou autres**		
	☐	☐		
	☐	☐		
	☐	☐		
	☐	☐		

** Valeur locative indiquée dans le dernier relevé de la taxe foncière sur les propriétés bâties ou non bâties ou sur l'extrait de la matrice cadastrale disponible en Mairie*

Je soussigné(e), Monsieur, Madame,

☐ agissant en mon nom propre

☐ en ma qualité de représentant de Monsieur ou Madame

déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur la présente demande.

Fait à ..... le ..... / ..... / .....

Signature du demandeur ou de son représentant légal

La loi rend passible d'amende et /ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations.

PIECES JUSTIFICATIVES A PRODUIRE POUR TOUTE DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE

- ☐ Photocopie **intégrale** du dernier avis d'imposition ou de non imposition à l'impôt sur le revenu du demandeur, du conjoint, du concubin ou de la personne ayant conclu un Pacte Civil de Solidarité (en cas de veuvage récent, joindre vos justificatifs mensuels ou trimestriels de vos pensions y compris des pensions de réversions qui vous sont allouées)

- ☐ Si vous êtes propriétaire : photocopie **intégrale** des derniers avis d'imposition relatifs à la taxe foncière sur les propriétés bâties et à la taxe sur les propriétés non bâties

- ☐ Toutes pièces justificatives des biens ou capitaux relevant du patrimoine dormant (relevé(s) annuel(s) d'assurance vie….) du demandeur, du conjoint, du concubin ou de la personne avec laquelle vous avez conclu un PACS

- ☐ Le cas échéant, copie du jugement de protection juridique

- ☐ Bulletin de situation en cas d'hospitalisation

Si votre médecin estime que la demande présente un caractère d'urgence, il est souhaitable qu'il prenne contact avec le service médical et paramédical de la direction de l'autonomie (tél. secrétariat 02 76 51 63 02 ou par mail : directiondelautonomie.sante76@seinemaritime.fr)

Demande à retourner à l'adresse suivante :

DEPARTEMENT DE LA SEINE-MARITIME

DIRECTION DE L'AUTONOMIE
Sous-Direction Autonomie à Domicile
Bâtiment F
Quai Jean Moulin
CS 56101 - 76101 ROUEN CEDEX

Tél : 02 35 03 55 55

P.1699/2

Tous les documents sont téléchargeables et imprimables sur le site du Département de la Seine-Maritime **www.seinemaritime.net** (rubriques : Personnes âgées/bénéficier d'aides/l'allocation aux personnes âgées)

La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux informations figurant **dans ce formulaire. Les personnes auprès desquelles sont recueillies des informations à caractère personnel sont notamment** informées que :

1) Le Département, responsable de traitement, effectue un traitement des données collectées, destiné à instruire votre demande d'allocation personnalisée d'autonomie. Cette aide s'inscrit dans le cadre réglementaire suivant :
   - Code de l'action sociale et des familles,
   - Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement,
   - Décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel,
   - Décret n° 2017-880 du 9 mai 2017 autorisant les traitements de données à caractère personnel destinés à la mise en œuvre de l'allocation personnalisée d'autonomie et de l'aide sociale à l'hébergement.
2) Les informations recueillies dans ce formulaire sont destinées à l'équipe médico-sociale du Département de la Seine-Maritime
3) Les informations sont conservées conformément à l'article R. 232-46 du décret n° 2017-880 du 9 mai 2017
4) Les personnes bénéficient d'un droit d'accès, de rectification, de limitation aux informations qui les concernent et peuvent définir le sort de leurs données après leur décès. Elles peuvent exercer ces droits par courrier à l'adresse suivante : Monsieur le délégué à la protection des données – Département de la Seine-Maritime – Hôtel du Département – CS56101 - Quai Jean Moulin – 76101 Rouen cedex ou par mail (dpo@seinemaritime.fr).
5) Elles peuvent également, pour des motifs légitimes, s'opposer au traitement, demander l'effacement des données les concernant ou retirer leur consentement à tout moment, sauf si ces droits ont été écartés par une disposition législative.
6) Elles peuvent enfin introduire une réclamation auprès de la CNIL (3, place Fontenoy – TSA 80715 – 75334 Paris cedex, www.cnil.fr.)

SEINE-MARITIME
- LE DÉPARTEMENT -

ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE À DOMICILE (APA)

DEMANDE D'AIDES MATÉRIELLES ET/OU D'ADAPTATION DU LOGEMENT

P. 2099/2

Le présent formulaire est à **mettre sous enveloppe à destination de l'ergothérapeute du Département** en le joignant au formulaire de demande d'APA.

Avez-vous déjà bénéficié de la visite d'un ergothérapeute chez vous :

☐ Non
☐ Oui

Si oui, veuillez joindre à ce formulaire le compte rendu de visite ainsi qu'un devis (si possible).

Vous pouvez vous faire aider par un proche et/ou si besoin un professionnel ou service de proximité (médecin traitant, médecin hospitalier, assistant social, CLIC, SSIAD…).

Si vous avez été aidé par un professionnel pour remplir ce document, merci d'indiquer ses coordonnées :

Nom : _____ Fonction : _____

Adresse : _____

_____

Téléphone : _____

Mail : _____ @ _____

VOUS

Bénéficiaire (nom, prénom) : _____

Date de naissance : _____

Caisse de retraite principale : _____

_____

Caisse(s) de retraite complémentaire(s) : _____

_____

_____

Mutuelle / complémentaire santé, formule(s) contractées :

_____

_____

Assurances (santé prévoyance, assurance autonomie, assurance dépendance…) :

_____

_____

VOTRE MATÉRIEL

Les aides matérielles en place chez vous : veuillez cocher les cases correspondant à votre équipement actuel :

- ☐ Lunettes de vue
- ☐ Appareils auditifs
- ☐ Lit médicalisé
- ☐ Fauteuil roulant
- ☐ Canne
- ☐ Déambulateur
- ☐ Rehausse WC
- ☐ Chaise percée
- ☐ Autre : _____

Les aides matérielles demandées : veuillez cocher la ou les cases correspondant à votre demande :

- ☐ matériel pour se déplacer
- ☐ matériel pour se lever, se coucher, s'assoir
- ☐ matériel pour se positionner, s'installer dans son lit ou au fauteuil
- ☐ matériel pour se laver
- ☐ matériel pour s'habiller
- ☐ matériel pour communiquer
- ☐ matériel pour lire
- ☐ matériel pour écrire
- ☐ matériel pour saisir, attraper, tenir des objets
- ☐ Autre matériel : _____

VOTRE LOGEMENT

Situation actuelle : veuillez cocher les cases correspondant à votre situation

- ☐ Appartement
- ☐ Maison
- ☐ Propriétaire
- ☐ Locataire public
- ☐ Locataire privé
- ☐ Hébergé chez un proche
- ☐ Autre (résidence autonomie, accueil familial....) : _____

Aménagements déjà réalisés : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez la date et la nature des travaux :

_____

Votre demande d'adaptation sans ou avec travaux :
veuillez cocher la case correspondant à votre demande

- ☐ Adaptation de tout le logement,
- ☐ Adaptation ciblée sur une partie du logement (Salle de bain, toilettes, escalier...) :

_____

MOTIF DE VOTRE DEMANDE, si précision à apporter

_____

Fait le : _____ à : _____

Signature du bénéficiaire et/ou du représentant légal :

SEINE-MARITIME
- LE DÉPARTEMENT -

ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE À DOMICILE

Document médical à remplir par le médecin traitant ou par le médecin hospitalier en cas d'hospitalisation

Destiné au Service médical et paramédical de la Direction de l'Autonomie

À insérer dans l'enveloppe confidentielle

P.1677(A)/2

DOCUMENT MÉDICAL DE LIAISON

Votre patient a déposé une demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie. Pour permettre d'apprécier au mieux sa perte d'autonomie fonctionnelle, le Département vous invite à compléter cette évaluation médicale et à la lui remettre sous pli confidentiel.

Pour l'élaboration de son plan d'aide, qui tient compte également de l'environnement et de ses besoins, le service médical et paramédical pourra être amené à vous contacter.

Ce dernier vous remercie par avance de ce que vous ferez pour votre patient.

Si l'attribution de cette allocation présente un caractère d'urgence, le médecin uniquement pourra joindre directement le service médical et paramédical de la Direction de l'Autonomie (tél secrétariat : 02 76 51 63 02 ou par mail : directiondelautonomie.sante76@seinemaritime.fr).

1. ÉTAT CIVIL DU DEMANDEUR

Nom : _____ Prénom : _____

Commune : _____

Date de naissance : _____ / _____ / _____

2. ENVIRONNEMENT SOCIAL

☐ Vit seul(e) ☐ Vit avec une personne valide

☐ Vit avec une personne non valide ou en situation de handicap

☐ Vit chez une autre personne

☐ Isolement ☐ Familial ☐ Social

Informations complémentaires : _____

3. HOSPITALISATION

Motif d'hospitalisation : _____

☐ Dans les trois derniers mois

☐ En cas d'hospitalisation en cours

Lieu avec coordonnées : _____

Date d'entrée : _____ / _____ / _____ Date prévue de retour au domicile : _____ / _____ / _____

4. DIAGNOSTIC PRINCIPAL MOTIVANT LA DEMANDE

_____

_____

Évolution prévisible : ☐ **Amélioration** ☐ **Stabilisation** ☐ **Aggravation**

5. AUTRES PATHOLOGIES AYANT DES RÉPERCUSSIONS SUR LA PERTE D'AUTONOMIE

ÉTAT GÉNÉRAL

☐ **Perte de poids involontaire durant les 6 derniers mois**

Poids : _____ **IMC :** _____ ☐ Dénutrition ☐ Escarres

☐ **Troubles de déglutition**

☐ **Grabatisation**

Autres : _____

ÉTAT NEUROPSYCHOLOGIQUE : pathologie(s) neurologique(s) et/ou psychiatrique(s)

Troubles de la mémoire : ☐ Absents ☐ Légers à modérés ☐ Sévères

Troubles de l'orientation : ☐ Absents ☐ Légers à modérés ☐ Sévères

MMS : _____ /30

☐ **Troubles chroniques du comportement :**

☐ Idées délirantes ☐ Agitation ☐ Agressivité

☐ Déambulation ☐ Anxiété majeure ☐ Apathie

☐ **Pathologie(s) neurologique(s) :** _____

☐ **Troubles dépressifs**

☐ **Addiction à l'alcool non sevrée**

☐ **Pathologie(s) psychiatrique(s) :** _____

☐ **Déficience intellectuelle (avant l'âge de 18 ans)**

Diagnostic(s) : _____

APPAREIL LOCOMOTEUR

☐ **Troubles de la mobilité :** ☐ Membre supérieur ☐ Membre inférieur

☐ **Antécédent de chute durant les 12 derniers mois :** ☐ 2 chutes ou plus

Déplacements intérieurs avec aide : ☐ Humaine ☐ Canne ☐ Déambulateur ☐ Fauteuil roulant

Déplacements extérieurs systématiquement avec aide[1] : ☐ Humaine ☐ Canne ☐ Déambulateur ☐ Fauteuil roulant

☐ **Prothèse de membre inférieur suite à une amputation** ☐ **Station debout prolongée pénible[2]**

Périmètre de marche[1] : _____ mètres

(1) A renseigner en cas de demande de carte mobilité inclusion stationnement

(2) A renseigner en cas de demande de carte mobilité inclusion priorité

Diagnostic(s) et ancienneté des troubles : _____

_____

APPAREILS AUDITIF, VISUEL ET VERBAL

☐ **Troubles du langage avec retentissement sur la vie quotidienne**

☐ **Troubles de l'audition avec retentissement sur la vie quotidienne** ☐ **Appareillés**

☐ **Troubles de la vision avec retentissement sur la vie quotidienne**

Diagnostic(s) : _____

_____

APPAREIL CARDIOVASCULAIRE ET RESPIRATOIRE

Diagnostic(s) et traitement(s) : _____

_____

☐ **Oxygénothérapie :** _____h/24h ☐ **Pour les déplacements extérieurs[1]**

(1) A renseigner en cas de demande de carte mobilité inclusion stationnement

MALADIES ONCOLOGIQUES

Diagnostic et date : _____

_____

☐ **Nécessité d'un accompagnement systématique par une tierce personne pour tout déplacement extérieur[1]**

(1) A renseigner en cas de demande de carte mobilité inclusion stationnement

La réduction de la capacité et de l'autonomie de déplacement à pied ou le besoin d'accompagnement systématique est-il définitif ? ☐ Oui ☐ Non, si non durée prévisible ? _____

6. QUELLES SONT LES AIDES EXISTANTES ?

Aidants familiaux	Prestations d'aide à domicile	Télé alarme	Portage de repas	HAD	Kiné	SSIAD		Accueil de jour	
						1 f/j	2 f/j	1 f/sem	2 f/sem
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

IDE : Interventions réalisées	Nom du réseau de soins palliatifs
AUTRES :	

7. QUELLES SONT LES AIDES À METTRE EN PLACE ?

Tâches ménagères	Ménage	Linge	Courses	Préparation des repas
	☐	☐	☐	☐

Aides à la personne	Toilette ☐	Habillage ☐	Prise des repas ☐	Surveillance des repas ☐	Déplacements ☐	Transferts ☐
	Stimulation ☐	Surveillance ☐	Gestion de l'hygiène de l'élimination ☐			
Autres prestations	Portage du repas ☐	Télé-Alarme ☐	Matériel à usage unique ☐	Hébergement temporaire ☐	Répit de l'aidant ☐	Accueil de jour ☐
Aides techniques (*)						
Aménagement du logement (*)						

En cas d'hospitalisation en cours, aides mises en place pour la sortie :

* Si besoin, il existe un feuillet spécifique pour ces demandes sur www.seinemaritime.fr (rubrique personnes âgées-bénéficier d'aides-APA)

La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux informations figurant dans ce formulaire. Les personnes auprès desquelles sont recueillies des informations à caractère personnel sont notamment informées que :

1 Le Département, responsable de traitement, effectue un traitement des données collectées, destiné à instruire votre demande d'allocation personnalisée d'autonomie. Cette aide s'inscrit dans le cadre réglementaire suivant :
- Code de l'action sociale et des familles,
- Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement,
- Décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel,
- Décret n° 2017-880 du 9 mai 2017 autorisant les traitements de données à caractère personnel destinés à la mise en œuvre de l'allocation personnalisée d'autonomie et de l'aide sociale à l'hébergement.

2 Les informations recueillies dans ce formulaire sont destinées à l'équipe médico-sociale du Département de la Seine-Maritime.

3 Les informations sont conservées conformément à l'article R. 232-46 du décret n° 2017-880 du 9 mai 2017.

4 Les personnes bénéficient d'un droit d'accès, de rectification, de limitation aux informations qui les concernent et peuvent définir le sort de leurs données après leur décès. Elles peuvent exercer ces droits par courrier à l'adresse suivante : Monsieur le délégué à la protection des données – Département de la Seine-Maritime – Hôtel du Département – CS56101 - Quai Jean Moulin – 76101 Rouen cedex ou par mail (dpo@seinemaritime.fr).

5 Elles peuvent également, pour des motifs légitimes, s'opposer au traitement, demander l'effacement des données les concernant ou retirer leur consentement à tout moment, sauf si ces droits ont été écartés par une disposition législative.

6 Elles peuvent enfin introduire une réclamation auprès de la CNIL (3, place Fontenoy – TSA 80715 – 75334 Paris cedex, www.cnil.fr.).

Certificat rempli le : _____

Coordonnées et cachet du médecin ayant rempli le DML :

SEINE-MARITIME
- LE DÉPARTEMENT -

CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION	
N° DOSSIER	
NOM	
PRÉNOM	
DATE DE DÉPÔT *(TAMPON DATEUR)*	

P.1677/2

PREMIÈRE DEMANDE

D'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE À DOMICILE

D'UNE PERSONNE AGÉE DE SOIXANTE ANS ET PLUS

0000 0017

• QUI PEUT DEMANDER L'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE ?

Toute personne âgée de 60 ans ou plus remplissant les conditions suivantes :

- Résider en France
- Attester d'une résidence stable
- Avoir besoin d'une aide pour accomplir **les actes essentiels de la vie quotidienne** ou nécessiter une surveillance régulière.

• QUELLES SONT LES DÉMARCHES À ACCOMPLIR ?

1) Compléter le dossier de demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie et joindre les justificatifs sollicités (justificatif d'identité et justificatifs de ressources)

2) Faire remplir le document médical de liaison par son médecin traitant ou hospitalier (à joindre sous pli confidentiel dans l'enveloppe ci-jointe)

3) Accepter qu'une proposition de plan d'aide personnalisé soit établie à domicile par un professionnel du Département.

• COMMENT EST CALCULÉ LE MONTANT DE L'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE ?

Le montant de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie susceptible d'être attribué dépend de trois éléments :

- Du degré de la perte d'autonomie de la personne âgée
- Des besoins nécessaires recensés dans le plan d'aide personnalisé
- De la participation financière du demandeur calculée en fonction des ressources et du montant du plan d'aide.

Les informations recueillies dans ce formulaire, avec votre consentement, font l'objet d'un traitement informatique mis en œuvre par le Département de la Seine-Maritime pour la gestion de votre demande d'allocation personnalisée d'autonomie à domicile. Cette aide s'inscrit dans le cadre réglementaire suivant :

- Décret n° 2017-880 du 9 mai 2017 autorisant les traitements de données à caractère personnel destinés à la mise en œuvre de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie et de l'aide sociale à l'hébergement

Toutes les réponses sont obligatoires. Un défaut de réponse entraînera des retards ou une impossibilité dans l'instruction du dossier.

Les destinataires des informations collectées sont les services du Département habilités à instruire les dossiers et, le cas échéant, les administrations et organismes conventionnés par celui-ci au vu de leur mission spécifique.

Les informations sont conservées conformément à l'article 1 du décret sus-cité.

Conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de limitation, de portabilité aux informations qui vous concernent et de définir le sort de vos données après votre décès. Vous pouvez exercer ces droits par courrier à l'adresse suivante : Monsieur le délégué à la protection des données – Département de la Seine-Maritime – Quai Jean Moulin – CS 56101- 76101 – Rouen Cedex ou par courriel à dpo@seinemaritime.fr

Vous pouvez également introduire une réclamation auprès de la CNIL (3 place de Fontenoy -TSA 80715 - 75334 Paris cedex - www.cnil.fr)

ÉTAT CIVIL DE LA PERSONNE POUR LAQUELLE L'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE EST SOLLICITÉE (LE DEMANDEUR)

COMPOSITION DU FOYER

Nom

Nom de naissance

Prénoms

Date de naissance **Lieu de naissance**

Situation de la famille :

☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Concubinage ☐ Séparé(e)

☐ Veuf(ve) ☐ Divorcé(e) ☐ Personne ayant conclu un PACS (Pacte Civil de Solidarité)

depuis le : ..... /..... /.....

Nationalité

N° de Sécurité Sociale | | | | | | | clé |

Êtes-vous en activité ? ☐ OUI ☐ NON **Êtes-vous retraité(e) ?** ☐ OUI ☐ NON

Si non, précisez : .....

Si oui, nom de l'organisme <u>principal</u> de retraite :

☐ CARSAT ☐ MSA ☐ RSI ☐ CNRACL ☐ SNCF ☐ Autres (à préciser) : .....

Nom du Conjoint, concubin ou membre du PACS

Nom de naissance

Prénoms

Date de naissance **Lieu de naissance**

N° de Sécurité Sociale | | | | | | | clé |

Est-il en activité ? ☐ OUI ☐ NON

Est-il retraité(e) ? ☐ OUI ☐ NON (Si oui, précisez le régime **<u>principal</u>** de retraite)

☐ CARSAT ☐ MSA ☐ RSI ☐ CNRACL ☐ SNCF ☐ Autres à préciser : .....

ADRESSE ACTUELLE DU DEMANDEUR

N° : ..... Bâtiment : ..... Étage : .....

Rue : .....

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

Tél. domicile ☐☐☐☐☐ Tél. portable ☐☐☐☐☐

Adresse mail : .....

Précisez s'il s'agit

☐ Du domicile (si oui, précisez) ☐ Locataire ☐ Propriétaire

☐ D'une résidence autonomie* (si oui, précisez le nom)

☐ De l'accueil par un particulier à domicile à titre onéreux dans le cadre de la loi 2015-1776 du 28 décembre 2015 (si oui, précisez le nom et prénom de l'accueillant familial)

☐ Autre établissement (si oui, précisez le nom)

Date d'arrivée à cette adresse ..... /..... /.....

Adresse précédente (à compléter **impérativement** pour les personnes domiciliées en résidence autonomie*, en famille d'accueil ou autre établissement) :

Lieu de résidence du conjoint, concubin ou membre du PACS si différente

Autre(s) personne(s) vivant au domicile du demandeur (hors conjoint, concubin ou membre du pacs)

Nom et Prénom	Date de naissance	Lien	Profession / Activité

Le demandeur fait-il l'objet d'une mesure de protection juridique ?

☐ OUI ☐ NON ☐ EN COURS

Si oui, de quel type ? ☐ Sauvegarde de justice ☐ Curatelle ☐ Tutelle ☐ Habilitation familiale

(Joindre le Jugement)

Nom et prénom du tuteur, curateur, personne habilitée ou nom de l'organisme chargé de la mesure :

Adresse

** Nouvelle appellation des Logements Foyers issue de la loi du 28 décembre 2015 relative à l'Adaptation de la Société au Vieillissement*

AUTRES RENSEIGNEMENTS

NOM du Médecin Traitant

Adresse

Tél.

PERSONNE À CONTACTER POUR SUIVRE LE DOSSIER ET ORGANISER LA VISITE AU DOMICILE

Nom et prénom **Date de naissance**

Tél. domicile **Tél. portable**

Lien avec le demandeur ☐ Enfant ☐ Petit-enfant ☐ Frère ou sœur ☐ Ami
☐ Autres : à préciser .....

Adresse

Adresse mail : .....

PERSONNE / ORGANISME À L'ORIGINE DE LA DEMANDE

☐ Demandeur ☐ Famille ☐ Médecin Traitant ☐ CCAS ☐ CLIC

☐ Service Social Hôpital/Clinique ☐ Autres (à préciser) : .....

ÊTES-VOUS ACTUELLEMENT HOSPITALISÉ(E) : ☐ OUI ☐ NON

Date d'entrée ..... / ..... / .....

Date de sortie prévue ..... / ..... / ..... *(Joindre un bulletin de situation)*

AIDES EXISTANTES (JOINDRE LE JUSTIFICATIF CORRESPONDANT)

Bénéficiez-vous d'une aide ménagère ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui ☐ Financée par votre caisse de retraite principale
☐ Financée par le Département au titre de l'aide sociale
☐ En financement personnel

Bénéficiez-vous d'une autre aide ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui ☐ D'une Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP)
☐ D'une Prestation de Compensation du Handicap (PCH)
☐ D'une Majoration Tierce Personne (MTP) (versée par la Sécurité Sociale, votre caisse de retraite)
☐ D'une Prestation Complémentaire pour Recours à Tierce Personne (PCRTP)

Pour information, l'APA n'est cumulable avec aucune de ces prestations

En cas de rejet de votre demande APA, autorisez-vous le Département à informer votre caisse de retraite principale ? ☐ OUI ☐ NON

AUTRES INTERVENANTS A DOMICILE

Bénéficiez-vous à ce jour d'interventions à votre domicile ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, lesquelles ? ☐ Service d'Aide à Domicile (SAAD)
☐ Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD)
☐ Infirmière
☐ Hospitalisation à Domicile (HAD)

☐ Autres (à préciser) .....

Coordonnées

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE(S) PROCHE(S) AIDANT(S)* DU DEMANDEUR (FACULTATIF)

Nom et prénom de votre ou de vos aidants	Age	Lieu de résidence	Nature du lien avec vos aidants	Nature de l'aide apportée (accompagnement dans les actes de la vie quotidienne, déplacements, courses…)	Nombre d'heures approximatif dans le mois

** Famille, entourage amical ou voisinage qui vous apportent une aide dans la vie quotidienne*

CARTE MOBILITE INCLUSION (CMI)

Bénéficiez-vous actuellement ?

- d'une carte de stationnement ☐ OUI ☐ NON
- d'une carte d'invalidité ☐ OUI ☐ NON
- d'une carte de priorité ☐ OUI ☐ NON

Si vous avez coché NON dans le cadre du dépôt de votre dossier APA, souhaitez- vous bénéficier de la CMI, prévue à l'article L.241 -3 du CASF ** comportant la mention :

- stationnement pour personnes handicapées ☐ OUI* ☐ NON
- invalidité ☐ OUI* ☐ NON
- priorité ☐ OUI* ☐ NON

**Si vous avez coché OUI et obtenez l'APA avec une perte d'autonomie de niveaux 1 ou 2 (les plus élevés sur la grille nationale de la perte d'autonomie), la CMI comportant les mentions invalidité et stationnement vous seront automatiquement attribuées à titre définitif.*

**Si vous avez coché OUI et obtenez l'APA avec une perte d'autonomie de niveau 3 ou 4, la CMI comportant la mention priorité et stationnement pourra vous être attribuée, suite à l'évaluation réalisée à votre domicile par un professionnel du Département. Si vous avez fait une demande de CMI avec mention Invalidité, les services de la MDPH* étudieront votre demande.*

Dans ce cas, vous autorisez, de manière implicite, les services du Département à transmettre votre demande à la MDPH*

**MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées*
*** CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles*

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES REVENUS ET LE PATRIMOINE

EN COMPLÉMENT DES DOCUMENTS RELATIFS À VOS REVENUS À JOINDRE À VOTRE DEMANDE

(voir la liste des pièces justificatives à produire page 8)

• Revenus complémentaires :

Percevez-vous une rente viagère à titre onéreux ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, a-t-elle été constituée en vue de vous prémunir contre le risque de la perte d'autonomie ?

Joindre le justificatif correspondant ☐ OUI ☐ NON

Bénéficiez-vous d'une pension alimentaire ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, versée par : ☐ Descendant ☐ Ex conjoint ☐ Autre (à préciser) : .....

• Patrimoine dormant du demandeur, du conjoint, concubin ou de la personne avec laquelle vous avez conclu un PACS : *La résidence principale ne doit pas être déclarée si elle est occupée par le demandeur, son conjoint, concubin, pacsé, ses enfants et petits-enfants.*

Possédez-vous des biens mobiliers ? ☐ OUI ☐ NON

(objets d'art et de valeur, bateaux, chevaux de courses…)

Si oui, préciser la valeur _____ €

Avez-vous souscrit un ou des contrats d'assurance-vie non déclaré sur l'avis d'imposition ? ☐ OUI ☐ NON

Si OUI, joindre les justificatifs au 31 décembre de l'année écoulée

Possédez-vous des biens immobiliers non loués ou occupés à titre gratuit ? ☐ OUI ☐ NON

SI OUI, préciser la nature des biens et adresses dans le tableau ci-dessous

Nature des biens *(ex : maison, terrains, appartement et terres agricoles...)*	**Préciser le propriétaire**		**Valeur locative* en euros**	**Lien de parenté de l'occupant éventuel**
	Demandeur	**Conjoint ou autres**		
	☐	☐		
	☐	☐		
	☐	☐		
	☐	☐		

** Valeur locative indiquée dans le dernier relevé de la taxe foncière sur les propriétés bâties ou non bâties ou sur l'extrait de la matrice cadastrale disponible en Mairie*

Je soussigné(e), Monsieur, Madame _____

☐ agissant en mon nom propre
☐ en ma qualité de représentant de Monsieur ou Madame _____

déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur la présente demande.

Fait à ..... le ..... / ..... / .....

Signature du demandeur ou de son représentant légal

La loi rend passible d'amende et /ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations.

PIÈCES JUSTIFICATIVES À PRODUIRE POUR TOUTE DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE

- ☐ Copie du livret de famille ou carte nationale d'identité ou passeport de la Communauté Européenne ou extrait d'acte de naissance, ou en cas de nationalité étrangère, copie de la carte de résidence ou titre de séjour en cours de validité

- ☐ Photocopie **intégrale** du dernier avis d'imposition ou de non imposition à l'impôt sur le revenu du demandeur, du conjoint, du concubin ou de la personne ayant conclu un Pacte Civil de Solidarité (en cas de veuvage récent, joindre vos justificatifs mensuels ou trimestriels de vos pensions y compris des pensions de réversions qui vous sont allouées)

- ☐ Si vous êtes propriétaire : photocopie **intégrale** des derniers avis d'imposition relatifs à la taxe foncière sur les propriétés bâties et à la taxe sur les propriétés non bâties

- ☐ Toutes pièces justificatives des biens ou capitaux relevant du patrimoine dormant (relevé(s) annuel(s) d'assurance vie…) du demandeur, du conjoint, du concubin ou de la personne avec laquelle vous avez conclu un PACS

- ☐ Le cas échéant, copie du jugement de protection juridique

- ☐ Relevé d'identité bancaire ou postal au nom du demandeur

- ☐ Document médical de liaison ci-joint à faire remplir par le médecin traitant ou hospitalier (à joindre sous pli confidentiel dans l'enveloppe ci-jointe)

- ☐ Bulletin de situation en cas d'hospitalisation.

Si votre médecin estime que la demande présente un caractère d'urgence, il est souhaitable qu'il prenne contact avec le service médical et paramédical de la direction de l'autonomie (tél. secrétariat 02 76 51 63 02 ou par mail : directiondelautonomie.sante76@seinemaritime.fr)

Demande à retourner à l'adresse suivante :

DÉPARTEMENT DE LA SEINE-MARITIME

DIRECTION DE L'AUTONOMIE
Sous-Direction Autonomie à Domicile
Bâtiment F
Quai Jean Moulin
CS 56101 - 76101 ROUEN CEDEX

Tél : 02 35 03 55 55

P.16772

Tous les documents sont téléchargeables et imprimables sur le site du Département de la Seine-Maritime **www.seinemaritime.net** (rubriques : Personnes âgées/bénéficier d'aides/l'allocation aux personnes âgées)