DOSSIER
D'ALLOCATION DEPARTEMENTALE PERSONNALISEE D'AUTONOMIE

Direction Générale Adjointe de la Solidarité
Maison Départementale de l'Autonomie
Service Instruction des Droits et Paiement des Prestations

A LIRE ATTENTIVEMENT AVANT DE COMPLETER VOTRE DOSSIER

Vous vous apprêtez à déposer une demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) à domicile ou en établissement.
Afin que votre demande puisse être instruite dans les meilleurs délais par les services départementaux, veuillez prendre connaissance des précisions et conseils suivants.

I. LE TERME « DEMANDEUR » DESIGNE LA PERSONNE CONCERNEE PAR LA PERTE D'AUTONOMIE.

II. DANS LES CAS DE DEMANDE POUR LES DEUX MEMBRES DU COUPLE, REMPLISSEZ DEUX DOSSIERS.

III. LISTE DES PIECES JUSTIFICATIVES OBLIGATOIRES :

- La photocopie du livret de famille **ou** de la carte d'identité **ou** d'un passeport de la communauté européenne **ou** extrait d'acte de naissance.
- La photocopie de la carte de résident (en cours de validité) ou titre de séjour (en cours de validité) pour les demandeurs de nationalité étrangère.
- Un relevé d'identité bancaire (RIB) ou postal (RIP)
- La photocopie du **dernier** avis d'imposition ou de non-imposition sur le revenu, **recto/verso.**
- La photocopie du **dernier** relevé des taxes foncières sur l'ensemble des propriétés bâties ou non bâties, **recto/verso.**
- Justificatifs des revenus soumis au prélèvement libératoire ne figurant pas sur l'avis d'imposition ou de non-imposition, (bons du trésor, bons d'épargne, …).
- Relevé annuel d'assurance vie de chaque membre du foyer.

- Si vous faites l'objet d'une mesure de protection juridique, la photocopie de la décision de mise sous protection juridique.

IV. PIECE UTILE A L'INSTRUCTION DU DOSSIER POUR UNE ALLOCATION DEPARTEMENTALE PERSONNALISEE D'AUTONOMIE A DOMICILE :

Le certificat médical ci-joint dûment complété, daté et signé par votre médecin traitant (dans l'enveloppe « Confidentiel certificat médical » cachetée).

V. ATTENTION !

Pour pouvoir être instruite, votre demande doit être complète, c'est-à-dire :

- **toutes les rubriques qui composent le dossier ci-joint doivent être renseignées;**
- **si vous n'êtes pas concerné(e) par certaines rubriques (notamment les rubriques D), portez la mention « néant » dans chaque case ;**
- **n'oubliez pas de dater et de signer votre demande**.

Enfin, si vous rencontrez des difficultés lors de la constitution de votre demande, vous pouvez contacter le service chargé de la réception des demandes d'APA au numéro de téléphone suivant :

MAISON DEPARTEMENTALE DE L'AUTONOMIE

05.81.27.70.07

Ce dossier doit être retourné, une fois complété et signé, à l'adresse suivante :

DEPARTEMENT DU TARN
MAISON DEPARTEMENTALE DE L'AUTONOMIE
SERVICE INSTRUCTION DES DROITS ET PAIEMENT DES PRESTATIONS
HOTEL DU DEPARTEMENT
81013 ALBI CEDEX 09

Adresse e-mail : sidpp.mda@tarn.fr

DOCUMENT A CONSERVER PAR LE DEMANDEUR

CERTIFICAT MÉDICAL D'AGGRAVATION A.P.A.
À DOMICILE

(à remplir par le médecin traitant)

A remettre sous pli confidentiel aux médecins du Service
Médico-social Evaluation Accompagnement
Département du Tarn - 81013 ALBI CEDEX 9

Cher Confrère,

Vous trouverez ci-joint un questionnaire médical concernant votre patient(e). Ayez l'obligeance de le compléter afin de lui permettre de bénéficier de l'aide la plus appropriée à son état dans le cadre de **l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie (A.P.A.).**

Les renseignements médicaux fournis parviendront sous pli cacheté à notre service et ne seront ouverts que par le personnel autorisé, ceci afin de préserver le secret médical.

Les Certificats Médicaux sont ensuite conservés sous clé par les médecins du service.

CADRE A REMPLIR PAR LE BENEFICIAIRE

Je soussigné(e) M ..... né(e) le..... demande à ce que mon dossier **d'Allocation Personnalisée d'Autonomie**, enregistré sous le numéro de dossier ....., soit révisé.

Fait à ..... le .....
Signature :

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION

Date d'arrivée :

CADRE A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

PATHOLOGIES PRINCIPALES A L'ORIGINE DE LA PERTE D'AUTONOMIE

.....
.....
.....
.....
.....

MOTIF DE LA DEMANDE D'AGGRAVATION

.....
.....
.....
.....

UN EVALUATEUR MEDICO-SOCIAL DOIT-IL SE RENDRE EN PRIORITE AU DOMICILE DE VOTRE PATIENT ?

❑ **OUI** ❑ **NON**

Si oui, pourquoi ? :

- perte d'autonomie importante ❑
- isolement social et / ou familial ❑
- isolement géographique ❑
- aidant familial malade ou hospitalisé ❑
- état pathologique de pronostic réservé ❑
- le plan d'aide mis en place est devenu insuffisant ❑
- autre : ……

.....

DES PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES DOIVENT-ELLES ÊTRE PRISES PAR L'ÉVALUATEUR QUI SE REND SEUL AU DOMICILE ? ❑ **OUI** ❑ **NON**

Si oui, pour quel motif ?……

……

SOINS D'HYGIÈNE

Votre patient a-t-il besoin d'aide pour les soins d'hygiène et de confort ? ❑ OUI ❑ NON

Estimez-vous que cet acte relève :

❖ D'un acte de soins d'une infirmière et/ou d'une aide-soignante d'un Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ? ❑ OUI ❑ NON

❖ D'une aide à la vie courante réalisée par une auxiliaire de vie sociale d'un Service d'aide et d'accompagnement à domicile ? ❑ OUI ❑ NON

APPAREIL LOCOMOTEUR

Station debout pénible : ❑ OUI ❑ NON

Périmètre de marche estimatif : ……..

Aide technique à la marche : ……

QUELS ASPECTS DU PLAN D'AIDE FNANCÉS PAR L'A.P.A SOUHAITERIEZ-VOUS VOIR RENFORCER (sous réserve du montant maximum attribuable)

Les services ménagers	❑
La garde de jour	❑
La garde de nuit	❑
L'accueil de jour	❑
Le portage de repas à domicile	❑
Les aides techniques	❑
L'aménagement du logement	❑
Les dispositifs de répit de l'aidant	❑

Commentaires éventuels : ……

……

……

……

Date : ……/……/…… **Cachet du Médecin**

Signature du Médecin :

Téléphone du Médecin : ……

Courriel du Médecin : ……@……

Nous sommes à votre disposition pour de plus amples informations au 05.67.89.63.41 / 05.63.45.67.25
Par mail : smsea.mda@tarn.fr

CODAGE DES DONNÉES MÉDICALES PAR LE MÉDECIN TERRITORIAL (cadre réservé au service)

❑ ALC	❑ AUT	❑ CIR	❑ DIA	❑ ESC	❑ IAT	❑ OBE	❑ SUR
❑ ALZ	❑ AVC	❑ DEB	❑ DIO	❑ EMB	❑ ICA	❑ PAR	❑ TRP
❑ AMP	❑ BPC	❑ DEM	❑ DMLA	❑ FRA	❑ INR	❑ SEP	
❑ ARP	❑ CEC	❑ DEN	❑ DPC	❑ FUG	❑ ISC	❑ SLA	
❑ ART	❑ CHU	❑ DEP	❑ EDE	❑ GAB	❑ NEO		

CERTIFICAT MÉDICAL A.P.A À DOMICILE

(à remplir par le médecin traitant)

A remettre sous pli confidentiel aux médecins du Service Médico-social
Evaluation Accompagnement – Hôtel du Département– 81013 ALBI CEDEX 9

Cher Confrère,

Ayez l'obligeance de compléter ce questionnaire médical concernant votre patient(e) afin de lui permettre de bénéficiaire de l'aide la plus appropriée à son état dans le cadre de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (A .P.A).

Les renseignements médicaux fournis parviendront sous pli cacheté à notre service et ne seront ouverts que par le personnel autorisé, ceci afin de préserver le secret médical.

Les Certificats médicaux sont ensuite conservés sous clé par les médecins du service.

IDENTIFICATION

Nom : ……

Prénom : ……..

Date de naissance : ……

Adresse actuelle : .....

……

Téléphone : ……

ENVIRONNEMENT

MODE DE VIE

- ❑ Seul
- ❑ En couple
- ❑ En famille
- ❑ En famille d'accueil
- ❑ En foyer logement
- ❑ Personne âgée isolée

AIDANT FAMILIAL ❑ **OUI** ❑ **NON**

- ❑ Risque d'épuisement
- ❑ Existence d'une problématique particulière (maladie, hospitalisation, etc…)

……
……

INTERVENANTS ACTUELS

- ❑ Infirmière (coordonnées) : ……
- ❑ Kinésithérapeute (coordonnées) : ……
- ❑ Hospitalisation à domicile : ……
- ❑ Réseau de soins palliatifs : ……

PATHOLOGIES

Principales pathologies ayant une répercussion sur la dépendance du patient

ÉTAT NEURO-PSYCHOLOGIQUE

Diagnostic : …….....

……

Traitement : ……

	OUI	NON
Troubles de la mémoire		
Troubles cognitifs chroniques		
Troubles du langage		
Désorientation temporospatiale		
Agitation		
Agressivité		
État dépressif		
Apathie		
Fugues		
Comitialité		
Toxicomanie (alcool, drogues …)		

APPAREIL LOCOMOTEUR

Diagnostic : …….....

……

	OUI	NON
Déficit membre supérieur gauche		
Déficit membre supérieur droit		
Déficit membre inférieur gauche		
Déficit membre inférieur droit		
Chutes fréquentes		
Station débout pénible		

Estimation périmètre de marche : ……

Aide technique à la marche : ……

APPAREIL VISUEL ET AUDITIF

Diagnostic : …….....

……

	OUI	NON
Déficit visuel après correction		
Déficit auditif appareillé		

APPAREIL CARDIO-VASCULAIRE

Diagnostic : …….....

……

Signes fonctionnels retentissant sur la vie courante : ……

……

……

APPAREIL RESPIRATOIRE

Diagnostic : …….....

……

O_2 : ……..l ……h/24h

APPAREIL DIGESTIF

Diagnostic : …….....

……

	OUI	NON
Troubles de la déglutition		
Stomie		
Incontinence anale		

APPAREIL URINAIRE

Diagnostic : …….....

……

	OUI	NON
Incontinence urinaire		
Dialyse		
Sonde urinaire		

TROUBLES ENDOCRINIENS

Diagnostic : …….....

……

ÉTAT NUTRITIONNEL ET GÉNÉRAL

Amaigrissement (6 derniers mois) : .....Kg

	OUI	NON
Dénutrition		
Escarres		

SOINS D'HYGIÈNE

Votre patient a-t-il besoin d'aide pour les soins d'hygiène et de confort ? ❑ OUI ❑ NON

Estimez-vous que cet acte relève :

- D'un acte de soin d'une infirmière et/ou d'une aide-soignante d'un Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ? ❑ OUI ❑ NON
- D'une aide à la vie courante réalisée par une auxiliaire de vie sociale d'un service d'aide et d'accompagnement à domicile ? ❑ OUI ❑ NON

PLAN D'AIDE

Un plan d'aide sera proposé à votre patient par l'équipe médico-sociale départementale. Il permettra de financer différentes aides concourant au maintien à domicile**. Avez-vous des suggestions concernant ces différentes aides ?**

QUELS ASPECTS DU PLAN D'AIDE FNANCÉS PAR L'A.P.A SOUHAITERIEZ-VOUS VOIR RENFORCER (sous réserve du montant maximum attribuable)

- Les services ménagers ❑
- La garde de jour ❑
- La garde de nuit ❑
- L'accueil de jour ❑
- Le portage de repas à domicile ❑
- Les aides techniques ❑
- L'aménagement du logement ❑
- Les dispositifs de répit de l'aidant ❑

ÉVALUATION À DOMICILE

Un évaluateur va se rendre seul au domicile de votre patient. Des dispositions particulières doivent-elles être prises au préalable ? ❑ OUI ❑ NON

Si oui, pour quel motif ? ……

……

MÉDECIN TRAITANT

Date : ……/……/…… **Cachet du Médecin**

Signature du Médecin :

Téléphone du Médecin : ……

Courriel du Médecin : ……@……

Nous sommes à votre disposition pour de plus amples informations au 05.67.89.63.41 / 05.63.45.67.25
Par mail : smsea.mda@tarn.fr

CODAGE DES DONNÉES MÉDICALES PAR LE MÉDECIN TERRITORIAL (cadre réservé au service)

❑ ALC	❑ AUT	❑ CIR	❑ DIA	❑ ESC	❑ IAT	❑ OBE	❑ SUR
❑ ALZ	❑ AVC	❑ DEB	❑ DIO	❑ EMB	❑ ICA	❑ PAR	❑ TRP
❑ AMP	❑ BPC	❑ DEM	❑ DMLA	❑ FRA	❑ INR	❑ SEP	
❑ ARP	❑ CEC	❑ DEN	❑ DPC	❑ FUG	❑ ISC	❑ SLA	
❑ ART	❑ CHU	❑ DEP	❑ EDE	❑ GAB	❑ NEO	❑ STO	

Direction Générale Adjointe de la Solidarité
Direction de l'Autonomie
Service Allocations Autonomie

DEMANDE d'Allocation Personnalisée d'Autonomie

NOM : _____

PRÉNOM : _____

❒ APA Domicile

LE CONSEIL DÉPARTEMENTAL S'ENGAGE A VOS CÔTÉS POUR AMÉLIORER VOTRE QUOTIDIEN ET ACCOMPAGNER LA PERTE D'AUTONOMIE DES PERSONNES AGÉES

Près de 29 % de la population du département est âgée de plus de 60 ans.
Cela représente près d'1 habitant sur 3. Parmi eux, 43% ont plus de 75 ans et 4% ont plus de 90 ans.
Cette évolution représente un véritable enjeu pour le Département.

En sa qualité de chef de file de la politique de l'autonomie dans les territoires et avant même l'entrée en vigueur de la Loi du 28 décembre 2015 relative à l'Adaptation de la Société au Vieillissement, le Conseil départemental du Tarn avait fait le choix d'anticiper les impacts du vieillissement et réfléchi à la place qu'il souhaite pour nos aînés dans la société.

L'habitat, l'urbanisme, les transports, les relations interpersonnelles, la façon dont le Conseil départemental accompagne les personnes fragilisées à domicile ou en établissement doivent être intégrés à cette réflexion.

Avoir l'autonomie pour objectif, c'est affirmer qu'une personne, même en situation de vulnérabilité, puisse rester actrice de sa vie, avoir le droit et la possibilité d'exercer ses propres choix.

L'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) est conçue pour aider à faire face à la perte d'autonomie.
A domicile comme en établissement, selon le degré d'autonomie et les ressources, l'APA qui peut vous être accordée n'est pas un complément de revenus, mais bien une allocation qui vous permet de financer des aides facilitant votre vie de tous les jours.

Vous accompagner dans votre projet de vie, mieux répondre à vos besoins, favoriser la liberté de choix de chacun dans un esprit de solidarité sont au cœur des priorités du Conseil départemental du Tarn.

Christophe RAMOND
Président du Conseil départemental du Tarn

❒ APA Établissement

CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

N°DE DOSSIER :

PÔLE :

❒ Première demande
❒ Révision fin de droits
❒ Nouvelle demande
❒ Révision

PERSONNE DE CONFIANCE

(Personne que vous désignez et pouvant être jointe pour toute demande de renseignements complémentaires)

Nom : _____

Prénom :_____

Lien de parenté : _____

Adresse : _____

_____

☎ : _____

Courriel, si vous désirez qu'elle soit contactée par ce moyen _____

Souhaitez-vous que cette personne soit présente pour la visite d'évaluation à domicile ?

❒ oui ❒ non

Renseignements concernant les proches aidants du demandeur :
Des informations seront recueillies pendant la visite d'évaluation sur les personnes de votre famille ou de votre entourage amical ou de voisinage qui vous apportent une aide dans la vie quotidienne, que l'on dénommera « aidants ».

A - ÉTAT CIVIL

	DEMANDEUR	CONJOINT OU PARTENAIRE DE PACS OU CONCUBIN
NOM (nom marital pour les femmes mariées ou veuves)		
NOM de jeune fille		
Prénom		
Date et lieu de naissance		
Nationalité	❒ Française ❒ Ressortissant de l'Union Européenne ❒ Autre	❒ Française ❒ Ressortissant de l'Union Européenne ❒ Autre
Situation familiale	❒ Célibataire ❒ Marié(e) ❒ Divorcé(e) ❒ Veuf (ve) ❒ PACS ❒ Concubin ❒autre ……	❒ Célibataire ❒ Marié(e) ❒Divorcé(e) ❒ Veuf (ve) ❒ PACS ❒ Concubin ❒autre ……
COUVERTURE SOCIALE		
Organisme de Sécurité Sociale		
N°Sécurité Sociale	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Régime de retraite principal		

B – ADRESSE

Votre adresse actuelle :

_____

_____

Code Postal : |_|_|_|_|_| Commune : _____

Etes-vous : ❒ propriétaire ❒ Locataire ❒ Usufruitier
❒ Autre : _____

Numéros de téléphone où il est possible de vous joindre :

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Le cas échéant, s'agit-il (à ne remplir que si vous êtes concerné(e)) :

❒ d'un EHPAD
❒ d'une résidence autonomie

❒ du domicile d'un particulier accueillant à titre onéreux
si oui, date de début d'accueil (joindre le contrat d'accueil) : |_|_|_|_|_|_|

Dans ces trois cas, préciser votre précédente adresse : _____

Code postal : |_|_|_|_|_| Commune :_____

Adresse actuelle de votre conjoint, si différente de la vôtre :

_____

Code Postal : |_|_|_|_|_| Commune : _____

Numéro de téléphone :

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

C – MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE

Faites-vous l'objet d'une mesure de protection juridique : ❒ non ❒ oui

Si oui, laquelle ?
❒ Mesure d'Accompagnement Social Personnalisé (MASP)
❒ Mesure d'Accompagnement Judiciaire (MAJ)
❒ Sauvegarde de justice
❒ Curatelle
❒ Tutelle

Joindre une copie de la décision de mise sous Protection Juridique

D – PATRIMOINE DU FOYER NON DÉCLARÉ SUR L'AVIS D'IMPOSITION OU DE NON-IMPOSITION

BIENS IMMOBILIERS (à l'exception de la résidence principale lorsqu'elle est occupée par le demandeur, son conjoint, son concubin ou PACS, ses enfants ou petits-enfants)	**REVENUS SOUMIS A PRÉLÈVEMENT LIBÉRATOIRE (Art 125 A du Code Général des Impôt)**
Nature et adresse	(*bons du trésor, plus-values immobilières, assurances vie…*)
	Demandeur **Montant :**
	Conjoint, concubin, pacs **Montant :**
	Total :

***ATTENTION !** Compléter toutes les rubriques et joindre, le cas échéant, toutes les pièces justificatives ou porter la mention « NEANT » s'il y a lieu.*

E – DEMANDE SIMPLIFIÉE D'UNE CARTE MOBILITÉ INCLUSION (CMI)

La carte mobilité inclusion (CMI) a pour but de faciliter la vie quotidienne des personnes en situation de handicap et de perte d'autonomie. Elle est accordée sous conditions et permet de bénéficier de certains droits.
Elle remplace progressivement depuis le 1er janvier 2017 les cartes d'invalidité, de priorité et de stationnement.
Cette carte comporte une ou plusieurs mentions : invalidité, avec le cas échéant sous mention besoin d'accompagnement, priorité pour personnes handicapées ou stationnement pour personnes handicapées.

Le Département du TARN a mis en place un circuit d'instruction simplifié si vous demandez ou percevez déjà l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA).

Cette question sera abordée lors de la visite d'évaluation à domicile.

F – ALLOCATIONS ET AIDES : êtes-vous bénéficiaire de ?

La Majoration pour aide constante d'une Tierce Personne versée par la sécurité sociale ou une caisse de retraite (MTP)	❒ oui	❒ non	Montant mensuel :
La Prestation Complémentaire pour Recours à Tierce Personne (PCRTP)	❒ oui	❒ non	Montant mensuel :
L'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne versée par la sécurité sociale ou une caisse de retraite (ACTP)	❒ oui	❒ non	Montant mensuel :
L'Allocation Personnalisée d'Autonomie octroyée par un autre département que le Tarn	❒ oui	❒ non	Montant mensuel :
La Prestation de Compensation du Handicap (PCH)	❒ oui	❒ non	Montant mensuel :
L'aide-ménagère versée par votre caisse de retraite	❒ oui	❒ non	Nombre d'heures mensuelles :
L'aide-ménagère au titre de l'aide sociale départementale	❒ oui	❒ non	Nombre d'heures mensuelles :

Attention : Aucune de ces prestations n'est cumulable avec l'APA. A l'issue de l'instruction de votre demande d'APA, un choix vous sera proposé.

DISPOSITIONS RÈGLEMENTAIRES

« INFORMATIQUE ET LIBERTÉS »

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 son article 27, les personnes auprès desquelles sont recueillies des informations nominatives, sont informées que :

- toutes les réponses aux différents questionnaires sont obligatoires. Un défaut de réponse entraînera des retards ou une impossibilité dans l'instruction du dossier.
- les destinataires des informations collectées sont exclusivement les administrations et organismes habilités à prendre connaissance des dossiers d'aide à domicile.
- 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 selon la prestation dont vous bénéficiez, en justifiant de votre identité, à Monsieur le Président du Conseil départemental du TARN.

RÉCUPÉRATION

Aux termes de l'article L 232-19 du Code l'Action Sociale et des Familles, l'Allocation Personnalisée d'Autonomie ne fait l'objet d'aucun recours en récupération sur succession, donation ou legs, **hors récupérations d'indus ou recours contre l'assisté revenu à meilleure fortune.**
L'utilisation des sommes versées au titre de l'APA sera périodiquement contrôlée par les services du Département du Tarn, et des recouvrements pourront être effectués sur le montant d'APA qui n'aurait pas été utilisé conformément au plan d'aide préconisé par l'équipe médico-sociale.

VÉRIFICATION DES DÉCLARATIONS

Pour vérifier les déclarations des intéressés et s'assurer de l'effectivité de l'aide qu'ils reçoivent, les services chargés de l'évaluation des droits à l'allocation personnalisée d'autonomie et du contrôle de son utilisation peuvent demander toutes les informations nécessaires aux administrations publiques, notamment aux administrations fiscales, aux collectivités territoriales, aux organismes de sécurité sociale et de retraite complémentaire qui sont tenus de les leur communiquer (L 232.16 du code de l'action sociale et des familles).

FRAUDE ET FAUSSES DÉCLARATIONS

Toute fraude, fausse déclaration ou falsification de document, tentative de percevoir frauduleusement des prestations, une allocation, un paiement ou un avantage indu, s'expose aux peines prévues à l'article L441-6 du code pénal.

Je soussigné(e), certifie avoir pris connaissance des dispositions réglementaires concernant l'APA, et certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements déclarés sur la présente demande, notamment ceux relatifs aux biens immobiliers, mobiliers et capitaux.

J'autorise le Président du Conseil départemental du Tarn à solliciter auprès des administrations compétentes toute évaluation de mon patrimoine, notamment cadastral.

J'autorise le Département à transmettre mon dossier aux caisses de retraite, en cas de rejet de l'allocation personnalisée d'autonomie.

D'autre part, je m'engage à signaler immédiatement au Département du Tarn tout changement de situation.

A _____ le _____

Nom _____ Prénom _____ Qualité _____
(lien familial, représentant légal…)

Signature

L'ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE A DOMICILE

Direction Générale Adjointe de la Solidarité
Maison Départementale de l'Autonomie
Service Instruction des Droits et Paiement des Prestations

QU'EST-CE QUE L'APA ?

Ce n'est pas un complément de retraite, mais une prestation gérée par le Département :

- qui s'adresse aux personnes âgées en perte d'autonomie ;
- en nature et personnalisée : l'APA est affectée aux dépenses correspondant aux besoins réels d'aide de la personne âgée ;
- qui n'est pas soumise aux recours sur succession, mais éventuellement au recours contre l'assisté revenu à meilleure.

QUI PEUT BENEFICIER DE L'APA ?

Toute personne :

- âgée d'au moins 60 ans,
- attestant d'une résidence stable et régulière en France,
- présentant un certain degré de perte d'autonomie,

Le degré de perte d'autonomie est évalué par une équipe médico-sociale à l'aide de la grille nationale AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressources) qui permet de répartir les personnes âgées en six groupes iso-ressources (GIR 1, 2, 3, 4, 5 et 6), en fonction de leur degré de perte d'autonomie.

L'APA concerne les personnes âgées appartenant aux niveaux de perte d'autonomie ou groupes iso-ressources (GIR) 1, 2, 3 et 4. Celles relevant des GIR 5 et 6 restent de la compétence des caisses de retraite.

Y A-T-IL DES CONDITIONS DE RESSOURCES POUR POUVOIR BENEFICIER DE L'APA ?

Pas de condition de ressources, mais participation laissée à la charge du bénéficiaire en fonction des ressources du foyer.

COMMENT L'APA EST-ELLE ATTRIBUEE ?

Le dossier de demande doit être adressé directement au :

DEPARTEMENT DU TARN
MAISON DEPARTEMENTALE DE L'AUTONOMIE
SERVICE INSTRUCTION DES DROITS ET PAIEMENT DES PRESTATIONS
Hôtel du Département - 81013 ALBI CEDEX 09

Tél : 05.81.27.70.07
Courriel :sidpp.mda@tarn.fr

- **S'il est complet**, le dossier d'Allocation Personnalisée d'Autonomie à domicile est instruit et un agent mandaté par le Département se rend au domicile du demandeur.
  Cette visite permet d'apprécier le niveau de perte d'autonomie et de recommander les aides les plus adaptées au maintien à domicile.
- **S'il est incomplet**, les pièces manquantes sont réclamées au demandeur.
- La décision d'attribution de l'APA est prise par le Président du Département sur proposition de l'équipe médico-sociale.

QUEL EST LE MONTANT ATTRIBUABLE ?

Le montant de l'APA dépend du niveau de perte d'autonomie, et des revenus du bénéficiaire, qui vont déterminer le montant de la participation financière.
Un barème national, fixe le montant maximum du plan d'aide en fonction de chaque niveau de perte d'autonomie.

Une participation financière est demandée aux bénéficiaires, disposant de ressources mensuelles supérieures à 813,39 € (montant en vigueur au 1er janvier 2020, pour une personne seule).
Au-delà, la participation est progressive et peut atteindre 90 % du montant du plan d'aide.

Les ressources prises en compte sont celles du demandeur, du conjoint, du concubin ou de la personne avec qui le demandeur a conclu un Pacte Civil de Solidarité (PACS).
Elles correspondent au revenu déclaré sur le dernier avis d'imposition ou de non-imposition, aux revenus soumis au prélèvement libératoire en application de l'article 125A du Code Général des Impôts, aux revenus de biens en capital non exploités ou non placés (immobiliers sauf habitation principale sur la base de 50 % de la valeur locative, ou 80 % de cette valeur si terrains non bâtis) et capitaux sur la base de 3% (Ex. : assurance-vie).

QUELLES AIDES PEUVENT ETRE FINANCEES PAR L'APA ?

En fonction du plan d'aide recommandé par l'équipe médico-sociale, l'APA pourra notamment servir à :

- rémunérer un intervenant à domicile qui peut être :
  - un salarié choisi par la personne âgée, en gré à gré (excepté le conjoint, le concubin ou le signataire d'un pacte civil de solidarité),
  - un prestataire de service,
- financer toutes les autres aides techniques prévues dans le plan d'aide.

COMMENT L'APA EST-ELLE VERSEE ?

L'APA est versée par le Département chaque mois ou au bénéficiaire sur son compte bancaire ou postal,(à charge pour lui de payer les frais afférents au plan d'aide proposé),ou directement au service prestataire.

Y A-T-IL DES CONTROLES SUR LES SOMMES VERSEES AU TITRE DE L'APA ?

Oui, car :

- **L'APA n'est pas un complément de ressources mais une aide en nature.**
- **Elle finance un besoin d'aide qui a été constaté par l'équipe médico-sociale départementale.**
- **Les aides préconisées doivent être effectives et répondre aux besoins réels des bénéficiaires, en leur garantissant un service de qualité.**
- **Aussi, l'utilisation des sommes versées au titre de l'APA sera périodiquement contrôlée par les services du Département, et des recouvrements pourront être effectués sur le montant d'APA qui n'aurait pas été utilisé conformément au plan d'aide préconisé par l'équipe médico-sociale.**

DOCUMENT A CONSERVER PAR LE DEMANDEUR