

**Certificat médical** Confidentiel destiné au médecin du pôle médical

Pour respecter le secret médical, veuillez insérer ce certificat dans une enveloppe en indiquant "secret médical" ou l'agraffer après l'avoir plié en quatre en suivant les pointillés.

## **ÉTAT-CIVIL ET DÉCLARATION DU DEMANDEUR**

(à remplir obligatoirement)

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nom .....</li> <li>• Prénom(s) .....</li> <li>• Adresse .....</li>   <li>.....</li> <li>• Code postal .....</li> <li>• Commune .....</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Date de naissance .....</li> <li>• Téléphone .....</li> <li>• Situation familiale :                <input type="checkbox"/> célibataire  <input type="checkbox"/> marié(e)  <input type="checkbox"/> divorcé(e)  <input type="checkbox"/> veuf(ve)  <input type="checkbox"/> vie maritale         </li> </ul>
--	--

## **ENVIRONNEMENT SOCIAL**

seul(e)     en couple     dans sa famille     en famille d'accueil     en établissement     autres  
préciser : .....

PARTIE RÉSERVÉE AU MÉDECIN TRAITANT

Votre patient a fait, auprès du Département de la Vienne, une demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie. Pour me permettre d'apprécier au mieux sa perte d'autonomie, je vous invite à compléter cette évaluation médicale.

- poids .....
- taille .....

## **PATHOLOGIES PRINCIPALES AYANT DES CONSÉQUENCES SUR LA PERTE D'AUTONOMIE**

Station debout pénible	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Périmètre de marche (à pied à l'extérieur) limité	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
------------------------	---	---	---

# DÉFICiences

Pour chaque déficience, en décrire la nature, si possible l'étiologie, le retentissement durable ou temporaire sur l'autonomie.

## 1 - DÉFICiences DU PSYCHISME, DU COMPORTEMENT

(syndromes démentiels, syndromes dépressifs, autres affections psychiatriques, déficits intellectuels...)

MMS s'il est connu score : ..... date : .....

Votre patient présente-t-il des troubles du comportement ?  fugues  déambulation  agitation  agressivité  
 autres : .....

## 2 - DÉFICiences OSTÉO-ARTICULAIRES

(préciser l'étiologie, les régions atteintes, les conséquences)

.....

.....

.....

## 3 - DÉFICiences NEUROLOGIQUES

(préciser l'étiologie, les régions atteintes, les troubles du langage, les conséquences)

.....

.....

.....

## 4 - DÉFICiences UROGÉNITALES ET DIGESTIVES

Votre patient est-il incontinent ?  urinaire  fécal  
 Votre patient est-il porteur d'une sonde urinaire?  oui  non  
 ou d'une autre dérivation urinaire ?  oui  non  
 d'une gastrostomie  d'une iléostomie  d'une colostomie

## 5 - DÉFICiences SENSORIELLES

**TROUBLES DE LA VUE**  oui  non

Si oui :  
 - nature de l'affection et étiologie : .....  
 - la déficience est-elle corrigée ? : ..... comment ? .....  
 - la déficience est-elle améliorable ? : .....

**TROUBLES DE L'AUDITION**  oui  non

Si oui :  
 - nature de l'affection et étiologie : .....  
 - votre patient est-il appareillé ?  oui  non  
 - votre patient est-il appareillable ?  oui  non

## 6 - DÉFICiences CUTANÉES

Votre patient est-il porteur ?  d'ulcères  d'escarres  autres : .....

## 7 - DÉFICiences CARDIO-VASCULAIRES ET RESPIRATOIRES

Préciser les signes cliniques d'insuffisance cardiaque, vasculaire et/ou respiratoire et leurs retentissements sur l'activité de votre patient.

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

Préciser si : Trachéotomie :  oui  non

Oxygénothérapie :  oui  non Durée quotidienne : .....

## 8 - AUTRES DÉFICiences ENDOCRINIENNES, DU SYSTÈME IMMUNITAIRE, HÉMATOPOïETIQUES

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

## TRAITEMENT ACTUEL

(préciser le nom des spécialités)

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

## AIDES ACTUELLES

(cocher les cases correspondantes)

### Votre patient bénéficie-t-il d'une prise en charge médicale ou paramédicale ?

- Service de soins infirmiers à domicile  
soins de nursing  oui  non      soins techniques  oui  non
- Actes infirmiers libéraux  
soins de nursing  oui  non      soins techniques  oui  non
- Actes de masso-kinésithérapie libéraux
- Suivi psychiatrique
- Hôpital de jour gériatrique
- Hôpital à domicile

### Votre patient bénéficie-t-il d'autres aides humaines ?

.....  
.....

### Votre patient bénéficie-t-il d'aides techniques ?

- cannes  déambulateur  fauteuil roulant  prothèse(s) de membre inférieur  autres (préciser)
- .....  
.....

# Évaluation de l'autonomie

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

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

## GUIDE DE REMPLISSAGE

### Coder A

s'il fait seul :

spontanément  
et totalement  
et correctement  
et habituellement

### Coder B

s'il ne fait pas :

spontanément  
et/ou totalement  
et/ou correctement  
et/ou habituellement

### Coder C

s'il ne fait pas :

s'il faut faire à sa place  
ou faire faire  
ou tout refaire

.....

**spontanément :** sans avoir à lui dire, à lui expliquer, à lui rappeler

**totalement :** toute l'activité

**correctement :** à bon escient et de façon adaptée aux possibilités

**habituellement :** régulièrement dans le temps, chaque fois que nécessaire

## VOS PRÉCONISATIONS EN MATIÈRE D'AIDES COMPLÉMENTAIRES À METTRE EN PLACE

.....

.....

<b>CACHET INDISPENSABLE</b>
-----------------------------

Je soussigné(e), ..... Docteur en Médecine

Demeurant à .....

Certifie avoir examiné sur sa demande : M., M<sup>me</sup> .....

Présent certificat fait à la demande de l'intéressé(e) et remis en main propre pour faire valoir ses droits.

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

Signature :

## Choisir son aide à domicile

Vous êtes bénéficiaire de l'aide à domicile du Conseil Général de la Vienne. Vous avez le choix sur la façon de gérer cette aide, en emploi direct ou mandataire, ou sous forme de prestation de service.

### → En emploi gré à gré

**Le particulier** est l'employeur. Il recrute l'employé de son choix. Il est soumis aux démarches suivantes :

- obligation de déclaration d'emploi du salarié
- obligation de fournir un bulletin de salaire
- paiement des salaires et des cotisations sociales
- paiement du préavis et des indemnités de licenciement en cas de rupture de contrat de son fait

**La personne « aide à domicile »** est employée par le particulier avec un contrat de travail. En cas de rupture du contrat par l'employeur, elle bénéficie :

- du préavis
- des indemnités de licenciement

### → En emploi mandataire

**Le particulier** est l'employeur de la personne proposée par le service d'aide mandataire :

- il paie les salaires et les cotisations sociales
- il paie les frais de gestion au service mandataire
- il paie les préavis et les indemnités de licenciement en cas de rupture de contrat de son fait

**Le service d'aide mandataire** met à disposition du personnel auprès du particulier auquel il est lié par convention. Le service d'aide effectue les démarches administratives suivantes :

- fourniture du contrat de travail entre le particulier et le salarié
- établissement des bulletins de paie
- déclaration auprès de l'URSSAF
- organisation des remplacements de la personne « aide à domicile »

**La personne « aide à domicile »** est employée par le particulier avec un contrat de travail. En cas de rupture du contrat par l'employeur, elle bénéficie :

- du préavis
- des indemnités de licenciement

### → En service prestataire

**Le particulier** n'est pas l'employeur de l'aide à domicile. Il règle, sur facture, directement auprès du service d'aide les frais d'intervention de l'aide à domicile.

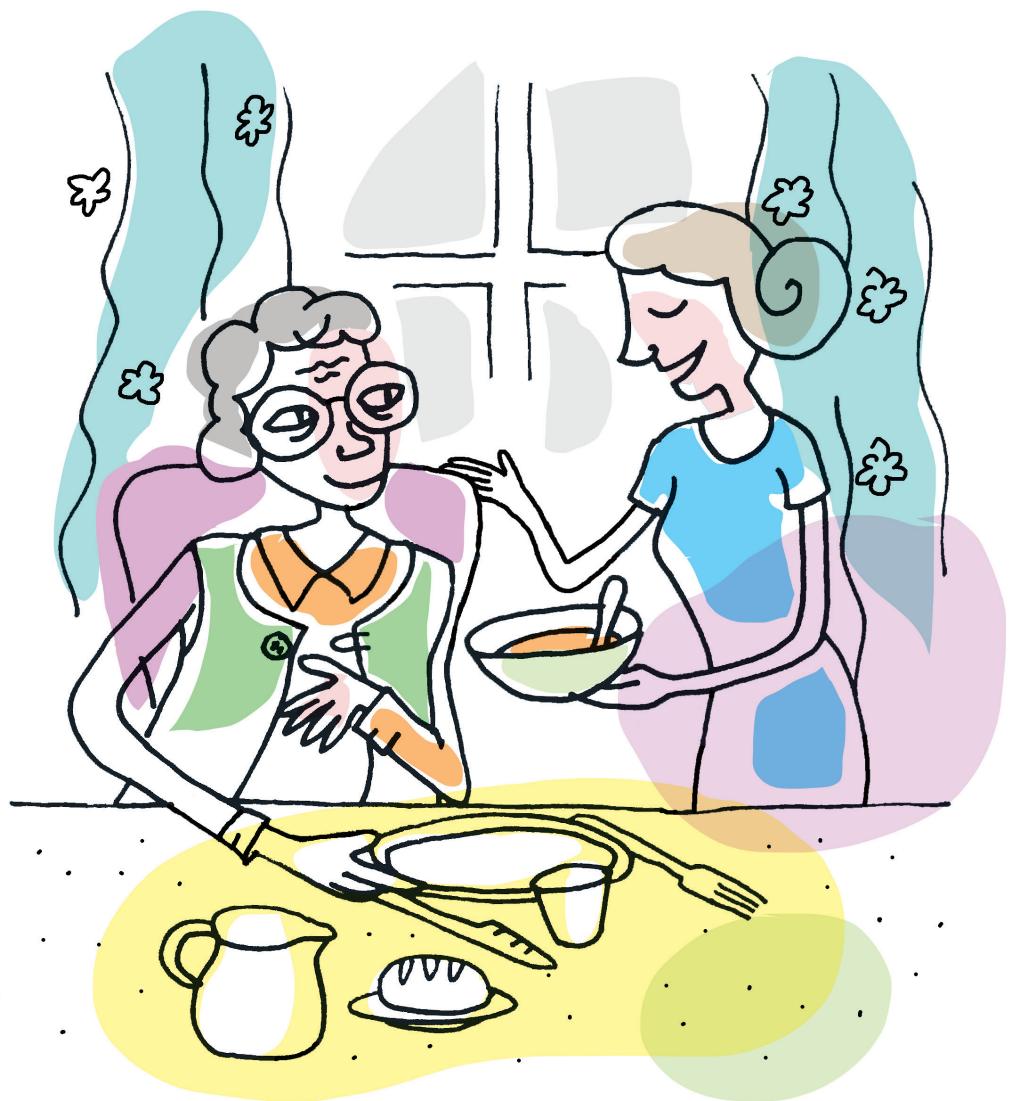
**Le service d'aide** est l'employeur de la personne « aide à domicile ». Il prend en charge la totalité des démarches :

- organisation du planning d'intervention
- établissement des bulletins de paie et versement des salaires
- organisation des remplacements
- gestion de la rupture des contrats de travail (préavis, indemnités de licenciement)

**La personne « aide à domicile »** est salariée du service d'aide

# Demande d'APA

## Allocation Personnalisée d'Autonomie



**Bien vieillir avec l'APA VIENNE**



Le Département a un rôle central dans la mise en oeuvre des politiques d'accompagnement des personnes âgées, dans leur vie quotidienne. Le droit à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie est déterminé en fonction du degré de dépendance et des revenus de la personne âgée.

Les services du Département, qui seront amenés à instruire votre dossier d'APA, l'examineront dès que vous l'aurez effectivement déposé.

Nous vous invitons donc à compléter ce dossier avec le plus grand soin, en y joignant l'ensemble des pièces sollicitées, pour éviter tout retard dans la prise en compte de votre demande.

Le Département s'engage au quotidien pour répondre aux attentes des plus âgés et leur permettre de bien vieillir dans la Vienne.

### Bruno BELIN

Président du Département  
de la Vienne

### Valérie DAUGE

1<sup>ere</sup> Vice-Présidente

Chargée des Personnes Agées et des Personnes Handicapées

## 1 - Informations sur le demandeur

	demandeur	conjoint ou concubin *
<b>Identité</b> • nom de naissance • prénom • nom marital • date et lieu de naissance • nationalité • situation de famille ( <i>marié, divorcé, veuf, concubin, pacs, célibataire</i> ) • numéro de sécurité sociale	.....	.....
<b>Résidence actuelle</b> • numéro et voie • commune et code postal • téléphone • date d'arrivée	.....	.....
<b>Régime de retraite principal</b> <i>il peut s'agir du conjoint, du concubin ou de la personne avec laquelle le demandeur a conclu un pacte de solidarité</i>	.....	.....

<b>Adresses précédentes</b> • 1- adresse ..... date de départ ..... <input type="checkbox"/> propriétaire <input type="checkbox"/> locataire <input type="checkbox"/> usufruitier • 2 - adresse ..... date de départ .....	<b>Mesure de protection juridique du demandeur</b> <input type="checkbox"/> sauvegarde de justice <input type="checkbox"/> tutelle <input type="checkbox"/> curatelle Nom et adresse du tuteur ou de l'association chargée de la gestion des biens : ..... ..... .....
---	---

<b>Contact</b> Personne à contacter pour la visite d'évaluation à domicile ou en cas d'urgence : • nom ..... • prénom ..... • téléphone .....	 • employez-vous une personne à domicile ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non • depuis quelle date ? ..... • nombre d'heures mensuelles ? ..... .....
---	---

<b>Cadre réservé à la DGAS</b> • numéro dossier ..... • numéro DAID ..... • dossier déclaré complet le .....	 • déclaration de l'URSSAF <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non • déclaration CNCESU <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
---	---

<b>Vous êtes à votre domicile habituel ?</b> (si différent du lieu de résidence actuelle)	<b>Vous êtes au domicile d'une famille d'accueil agréée</b>
<input type="checkbox"/> propriétaire charge emprunt	nom .....
..... valeur immeuble	adresse .....
..... valeur locative	..... date d'entrée .....
<b>Vous êtes logé dans une famille</b>	
• lien de parenté .....	..... <b>Vous êtes en établissement</b>
• bénéficiiez-vous déjà d'une aide sociale à l'hébergement ?	nom .....
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	adresse .....
..... date d'entrée .....	..... date d'entrée .....
• avez-vous déposé conjointement à la présente demande un dossier d'aide sociale ?	
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

## 2 - Ressources mensuelles du demandeur

	demandeur			conjoint ou concubin	
<b>You percevez :</b>			<i>montant/mois</i>		<i>montant/mois</i>
• allocation compensatrice tierce personne (ACTP)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	.....	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
• prestation de compensation du handicap (PCH)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	.....	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
• aide ménagère versée par les caisses de retraite	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	.....	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
• majoration pour aide constante d'une tierce personne (MTP)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	.....	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
• aide ménagère : aide sociale départementale	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	.....	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<b>Attention :</b> l'allocation personnalisée d'autonomie n'est cumulable ni avec la prestation de compensation du handicap, ni avec l'allocation compensatrice pour tierce personne, ni avec la majoration pour aide constante d'une tierce personne, ni avec l'aide ménagère au titre de l'aide sociale départementale.					
<b>Ressources ne figurant pas dans l'avis d'imposition ou de non imposition à l'impôt sur le revenu</b>					
Revenus soumis au prélèvement libératoire en application de l'Article 125 A du Code Général des Impôts (obligations, actions, bons d'épargne, etc...)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	.....	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<b>Patrimoine immobilier du foyer (autre que résidence principale)</b>					
<input type="checkbox"/> je déclare ne posséder aucun patrimoine immobilier	bâtis et non bâtis				
<input type="checkbox"/> je déclare posséder les biens suivants : <i>adresses précises</i>	<i>nature</i>			<i>valeur locative</i> (voir dernier relevé de taxe foncière)	
.....	.....			.....	
<b>Patrimoine mobilier et épargne</b>					
<input type="checkbox"/> je déclare ne posséder aucun placement financier	<i>montant</i>			<i>intérêts produits</i>	
<input type="checkbox"/> je déclare posséder les biens mobiliers et d'épargne suivants : <i>nature des placements</i>	.....			.....	
.....	.....			.....	

**Attention :** les indicateurs ci-dessus sur votre patrimoine vous sont demandés uniquement pour évaluer vos ressources. L'APA Vienne n'est pas récupérable, ni sur la succession du bénéficiaire, ni sur les donations.

### 3 - Déclaration de biens mobiliers et d'épargne

<b>Demandeur</b>	<b>ou</b>	<b>Représentant légal</b>
• Nom .....		.....
• Prénom .....		.....
• Adresse .....		.....
.....		.....
.....		.....
.....		.....

<b>Nature des placements</b>	<b>Montant des capitaux</b>
Livret d'Epargne	
• 1 <sup>er</sup> livret n° .....	.....
• 2 <sup>eme</sup> livret n° .....	.....
• Livret d'Epargne Populaire (LEP) .....	.....
• CODEVI n° .....	.....
• Livret ou Compte Epargne Logement n° .....	.....
• Epargne Assurance Vie n° .....	.....
• PEP n° .....	.....
Obligations, Actions, Bons d'Epargne, Bons de Caisse, Bons de capitalisation	
SICAV et fonds commun de placement,	
Bons anonymes	.....
Autres (préciser) : .....	Autres (préciser) : .....
.....	.....
.....	.....

Ce montant devra comprendre les biens de chaque membre du couple : Monsieur et Madame

Fait à : .....

Signature :

### 4 - Renseignements concernant les proches aidants du demandeur (non professionnels)

Informations sur les personnes résidant ou entretenant avec vous des liens étroits et stables et qui vous viennent en aide de manière régulière et fréquente.
• Nom(s) et prénom(s) : .....
• Âge(s) : .....
• Lieu(x) de résidence : .....
• Nature du lien : .....
• Nature de l'aide apportée (par exemple : aide à la personne, toilette, habillage, cuisine, courses...) .....
.....

## 5 - Choisir son aide à domicile

Vous envisagez de déposer une demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie auprès du Département de la Vienne.

Afin d'adapter au mieux l'aide dont vous avez besoin, nous vous demandons de remplir d'ores et déjà le questionnaire ci-dessous (mettre une croix aux rubriques choisies) :

**J'envisage d'être l'employeur de mon aide à domicile**

- Je souhaite employer une personne de mon choix c'est-à-dire de gré à gré
  - Je ferai un bulletin de paye
  - J'utiliserai le chèque emploi service
- Je souhaite un emploi mandataire en ayant recours à un service d'aide

**Je n'envisage pas d'être l'employeur de mon aide à domicile**

- Je ferai appel à un service prestataire conventionné
- Je ferai appel à un service prestataire non conventionné (voir liste)

Le Département versera directement le montant de la prestation au service.  
Vous pourrez être redevable d'une participation horaire auprès de ce service.

J'envisage de faire appel à un service de portage de repas

J'envisage de faire appel à un service de télé-assistance

Je souhaite garder l'aide qui intervient actuellement auprès de moi, qui est :

- Un tiers extérieur à la famille
- Un membre de la famille (moins de 60 ans) sauf conjoint
- Un salarié d'un service prestataire
- Le portage de repas
- La télé-assistance
- Autre.....

**Pour vous aider à remplir ce questionnaire, vous aurez la possibilité de faire appel à l'évaluateur qui viendra à votre domicile dans le cadre de l'instruction de votre dossier.**

• Nom .....	Prénom .....
• Prénom .....	Date : .....
• Adresse .....	Signature : .....
.....	.....

Fait à : .....

Date : .....

Signature : .....

## 5 - Choisir son aide à domicile (suite)

	<b>LE PARTICULIER</b>	<b>LE SERVICE D'AIDE</b>	<b>L'AIDE À DOMICILE</b>
<b>EMPLOI GRÉ À GRÉ</b>	<p><u>Est l'employeur et recrute l'employé de son choix</u></p> <p>Il effectue les démarches suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• obligation de déclaration d'emploi d'un salarié</li> <li>• obligation de fournir un bulletin de salaire</li> <li>• paiement des salaires et cotisations sociales</li> <li>• paiement des préavis et indemnités de licenciement en cas de rupture de contrat par l'employeur</li> </ul>		<p><u>L'aide à domicile est l'employé(e) du particulier avec un contrat de travail</u></p> <p>en cas de rupture de contrat par l'employeur, l'employé(e) bénéficie :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- du préavis</li> <li>- des indemnités de licenciement</li> </ul>
<b>EMPLOI MANDATAIRE</b>	<p><u>Est l'employeur de la personne proposée par le service</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• il paie les salaires et les cotisations sociales</li> <li>• il paie les frais de gestion au service mandataire</li> <li>• il paie les préavis et indemnités de licenciement en cas de rupture de contrat par l'employeur</li> </ul>	<p>Il effectue les démarches suivantes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mise à disposition du personnel</li> <li>• signature d'une convention entre le particulier et le service d'aide</li> <li>• traitement des démarches administratives</li> <li>- contrat de travail entre les particuliers et les salariés</li> <li>- organisation des remplacements</li> <li>- rupture des contrats de travail (préavis, indemnités de licenciement)</li> </ul>	<p><u>L'aide à domicile est l'employé(e) du particulier avec un contrat de travail</u></p> <p>en cas de rupture de contrat par l'employeur, l'employé(e) bénéficie :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- du préavis</li> <li>- des indemnités de licenciement</li> </ul>
<b>SERVICE PRESTATAIRE</b>	<p><u>N'est pas l'employeur de l'aide à domicile</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• il règle directement au service les frais d'intervention de l'aide à domicile sur facture</li> </ul>	<p><u>Le service est l'employeur de l'aide à domicile</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• il prend en charge la totalité des démarches :</li> <li>- planning d'intervention</li> <li>- bulletins de paie et versement des salaires</li> <li>- organisation des remplacements</li> <li>- rupture des contrats de travail (préavis, indemnités de licenciement)</li> </ul>	<p><u>L'aide à domicile est salariée du service</u></p>

## 6 - Demande simplifiée de Carte Mobilité Inclusion (CMI)

### Avez-vous déjà un dossier auprès d'une MDPH ?

oui     non

Si oui, dans quel département ? .....

**Si l'APA vous est accordée au titre du GIR 1 ou 2**, vous pouvez bénéficier sans autre condition et à titre définitif de la carte mobilité inclusion (CMI) prévue à l'article L 241-3 du code de l'action sociale et des familles comportant les mentions "invalidité" et "stationnement pour personnes handicapées".

### Souhaitez-vous bénéficier de la carte mobilité inclusion comportant la mention "invalidité" prévue à l'article L 241-3 ?

oui     non

Si oui, s'agit-il d'une demande de renouvellement de droits (carte arrivant à expiration) ?

oui     non

### Souhaitez-vous bénéficier de la carte mobilité inclusion comportant la mention "stationnement pour personnes handicapées" prévue à l'article L241-3 ?

oui     non

Si oui, s'agit-il d'une demande de renouvellement de droits (carte arrivant à expiration) ?

oui     non

**Si l'APA vous est accordée au titre du GIR 3 ou 4**, l'équipe médico-sociale peut apprécier si votre situation justifie l'attribution de la mention "priorité" et/ou de la mention "stationnement pour personnes handicapées" de la CMI.

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

oui     non

Si oui, s'agit-il d'une demande de renouvellement de droits (carte arrivant à expiration) ?

oui     non

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

oui     non

Si oui, s'agit-il d'une demande de renouvellement de droits (carte arrivant à expiration) ?

oui     non

## 7 - Le demandeur est informé que :

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 les libertés individuels. Conformément à l'article 27 de cette loi, 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 connaître des dossiers d'aide à domicile ou en établissement,

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 Département  
DIRECTION DÉPARTEMENTALE  
ADJOINTE DES SOLIDARITÉS  
39 rue de Beaulieu  
86034 Poitiers Cedex

Un médecin traitant peut être présent à l'occasion de la visite à domicile d'un collaborateur de l'Équipe Médico-Sociale. Dans ce cas, il est informé qu'il doit le faire savoir expressément et que les frais relatifs à cette visite seront à sa charge.

**Je certifie sur l'honneur l'exactitude de tous les renseignements figurant au dossier, et m'engage à fournir toutes les pièces justificatives qui me seraient demandées.**

Fait à ..... le .....

signature :

Si le signataire n'est pas le demandeur, indiquer, sa qualité :

tuteur  curateur  enfant

Nom : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

### DOSSIER À RETOURNER

Monsieur le Président du Département de la Vienne  
Direction Générale Adjointe des Solidarités  
Direction du Handicap et de la Vieillesse  
39 rue de Beaulieu - 86034 Poitiers Cedex



Vienne  
infos sociales

8h30 - 17h15 du lundi au jeudi  
8h30 - 16h30 le vendredi

05 49 45 97 77



# Liste des pièces à joindre obligatoirement

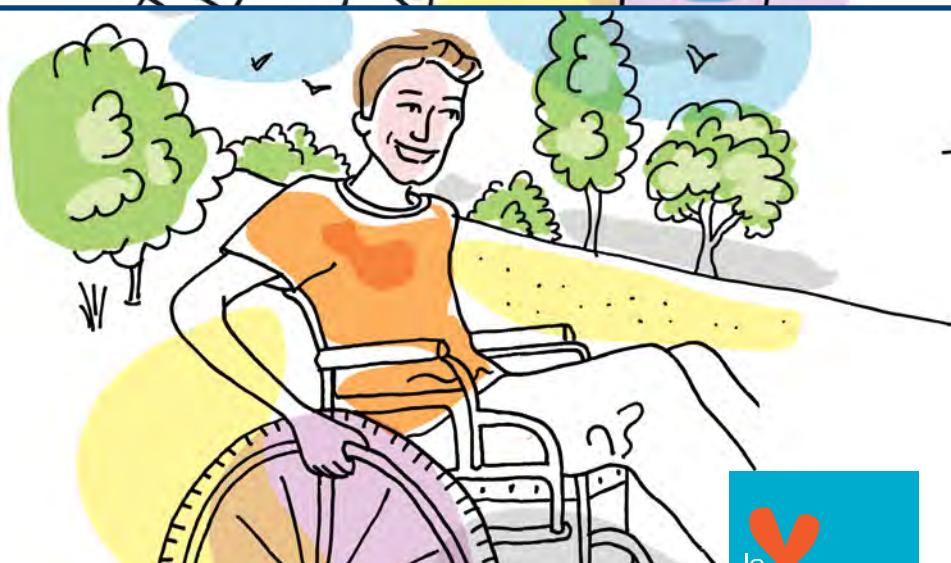
	<ul style="list-style-type: none"><li>• La photocopie du livret de famille ou de la carte nationale d'identité ou d'un passeport de l'Union européenne ou d'un extrait d'acte de naissance.</li></ul>
	<ul style="list-style-type: none"><li>• Pour les personnes de nationalité étrangère : la photocopie de la carte de résidence ou du titre de séjour.</li></ul>
	<ul style="list-style-type: none"><li>• La photocopie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition à l'impôt sur le revenu.</li></ul>
	<ul style="list-style-type: none"><li>• La photocopie du dernier relevé de la taxe foncière sur les propriétés bâties et sur les propriétés non bâties.</li></ul>
	<ul style="list-style-type: none"><li>• Un relevé d'identité bancaire ou postale.</li></ul>
	<ul style="list-style-type: none"><li>• Un certificat médical à faire remplir par le médecin traitant choisi par le demandeur.</li></ul> <p>INUTILE POUR LE DOSSIER APA EN ETABLISSEMENT</p>





## Département de la Vienne

Direction Générale Adjointe des Solidarités  
Direction du Handicap et de la Vieillesse  
39 rue de Beaulieu  
86034 Poitiers cedex  
■ [lavienne86.fr](http://lavienne86.fr)



Guide de l'intervenant



# Le chèque Solidarité APA Vienne & PCH Vienne



## **Le chèque Solidarité APA Vienne et PCH Vienne : pour quoi faire ?**

Si vous êtes Aide à Domicile auprès d'une personne âgée bénéficiaire de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) en emploi direct ou en mandataire ou bien, auprès d'une personne en situation de handicap bénéficiaire de la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) en emploi direct ou en mandataire, le chèque Solidarité APA Vienne et PCH Vienne vous concerne. Les aides APA et PCH, versées par le Département sont délivrées sous forme de chèques ou de compte Solidarité Vienne. La personne bénéficiaire de ces moyens de paiement les utilisera pour payer votre salaire net mensuel. Vous trouverez dans ce guide toutes les informations nécessaires pour vous permettre de percevoir ces chèques ou virements bancaires.

## **Le chèque Solidarité Vienne : comment l'utiliser ?**

Chaque mois, votre employeur utilisera les chèques Solidarité Vienne ou le compte Solidarité Vienne pour payer votre salaire net. Quelle que soit l'option retenue, votre employeur pourra compléter le paiement de votre salaire par tout autre mode de paiement. Si vous êtes en emploi salarié de gré à gré, votre employeur continue de déclarer au CNCESU les heures effectuées au moyen de volets sociaux. Si votre employeur fait appel à un service mandataire, celui-ci les déclarera à l'URSSAF. Ce fonctionnement ne modifie en rien votre contrat de travail.

## **Comment s'affilier ?**

L'affiliation auprès du Centre de Remboursement des CESU (CRCESU) est une obligation préalable à tout premier paiement par chèque ou compte Solidarité Vienne. Cette démarche est gratuite.

**Vous disposez de 2 solutions pour vous affilier :**

**>> Par courrier :** remplir le formulaire d'affiliation que vous trouverez sur le volet détachable ci-contre, joindre votre relevé d'identité bancaire et adresser le tout à :

**CRCESU Service Affiliation 93738 Bobigny cedex 9**

**>> Par internet :** saisir le formulaire d'affiliation directement par internet sur le site du Centre de remboursement des CESU :

**[www.cr-cesu.fr](http://www.cr-cesu.fr)**

Dès validation de votre inscription, vous recevrez un courrier avec votre numéro d'affiliation national (code NAN) et des bordereaux de remise personnalisés à votre nom, que vous devez impérativement utiliser pour obtenir le remboursement de vos chèques Solidarité Vienne.

## Important !

Si vous êtes déjà affilié au CRCESU, inutile de recommencer les démarches, vous devez utiliser votre code NAN et vos bordereaux habituels.

Si vous souhaitez recevoir une aide pour effectuer ces démarches, vous pouvez contacter :

- L'assistance téléphonique de DOMISERVE



- Le service mandataire de votre employeur (ce mandataire est chargé de faire, pour le compte de votre employeur, la déclaration URSSAF, le bulletin de salaire...)

## Comment encaisser votre salaire ?

Votre employeur vous donne des chèques Solidarité Vienne, vous avez le choix entre 2 modes d'encaissement différents :

>> **Par le site Domiserve** : [www.domiserve.com](http://www.domiserve.com), solution la plus pratique, vous obtenez le remboursement de vos chèques Solidarité Vienne en quelques clics. Saisissez le numéro du chèque, son montant et le numéro de sécurité figurant sous la case à gratter. Votre compte sera crédité à hauteur du montant des chèques sous 48 heures.

>> **Par le CRCESU** : en envoyant par courrier vos chèques Solidarité Vienne, signés au dos, accompagnés d'un bordereau de remise. Votre compte bancaire sera crédité à hauteur du montant des chèques, dans un délai de 7 jours.

## Votre employeur utilise le compte Solidarité Vienne par internet :

- Communiquez lui votre code NAN et votre date de naissance.
- Votre employeur déclenchera chaque mois le virement.
- Votre compte bancaire sera crédité sous 48 heures.

# Formulaire d'affiliation

Vous êtes un particulier employeur et vous souhaitez rémunérer votre intervenant salarié en titres CESU préfinancés (format papier ou électronique). Vous devez l'affilier au CRCESU. Pour l'affilier, complétez et envoyez ce formulaire à :

**CRCESU – SERVICE AFFILIATION – 93738 BOBIGNY CEDEX 9**

Après acceptation du dossier, votre intervenant salarié recevra un courrier du CRCESU confirmant son affiliation, une carte portant son Numéro d'Affiliation National (code NAN) et des bordereaux de remises personnalisés à son nom nécessaires au remboursement de ses titres CESU.

**Informations à remplir en MAJUSCULES lisiblement dans les cases prévues à cet effet**

## INFORMATIONS RELATIVES AU PARTICULIER EMPLOYEUR

Je soussigné(e) (NOM\*)

(PRÉNOM\*)

atteste employer la personne désignée ci-dessous et m'acquitter des obligations légales en vigueur.

Fait à\*

Date

 /  / 

SIGNATURE  
(de l'employeur)

\* Informations obligatoires

## INFORMATIONS RELATIVES À L'INTERVENANT SALARIÉ

NOM\*

PRÉNOM\*

DATE DE NAISSANCE\* (jour/mois/année)

 /  / 

Numéro, type et nom de voie\*

Résidence, bâtiment, ...

Lieu-dit

CODE POSTAL\*

Téléphone

Ville\*

Adresse électronique (courriel)

Si l'intervenant salarié est une assistante maternelle, merci de nous envoyer son agrément en cours (joindre un justificatif)

valide du

 /  / 

N° d'agrément assistante maternelle

au

 /  / 

## INFORMATIONS BANCAIRES (Joindre un RIB obligatoirement)

Domiciliation de la banque de l'intervenant salarié\* :

Titulaire du compte :

IBAN\* :

Code BIC\* :

L'affiliation au GIE CRCESU indique que l'intervenant salarié reconnaît avoir pris connaissance des conditions générales d'affiliation.

Date  /  /

SIGNATURE  
(de l'intervenant salarié)  
précédée de la mention lu et approuvé

\* Informations obligatoires

« Conformément à la Loi Informatique et Libertés du 6 Janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant exercisable auprès du : CRCESU, 93738 BOBIGNY Cedex 9 ».

# Conditions générales d'affiliation

## Avertissement :

Les relations entre le GIE CRCESU et les émetteurs qui en sont membres avec les intervenants affiliés sont régies par les présentes conditions générales et particulières d'affiliation ainsi que par les dispositions applicables du Code du Travail résultant des dispositions de la Loi N° 2005-841 du 26 juillet 2005 et du Décret N°2005-1360 du 3 novembre 2005.

## ARTICLE 1 – MISSIONS DU GIE CRCESU

Le GIE CRCESU effectue pour le compte des émetteurs de Chèque Emploi Service Universel (CESU) l'affiliation des intervenants, la mise à jour des données les concernant et le traitement des CESU en vue de leur remboursement aux intervenants.

Le GIE CRCESU décline donc toute responsabilité concernant les conditions d'émission et commercialisation des CESU par les émetteurs et concernant les modalités d'utilisation des CESU par les bénéficiaires ou les intervenants affiliés.

## ARTICLE 2 – VALIDITE DES CESU

Il appartient aux intervenants de vérifier que les titres qui leur sont remis et qu'ils transmettent au CRCESU à fin de remboursement (i) ont été émis par l'un des six émetteurs qui en sont membres (EDENRED FRANCE, LE CHÈQUE DOMICILE, SODEXO SOLUTIONS DE MOTIVATION, NATIXIS INTERTITRES, GROUPE DOMISERVE et LA BANQUE POSTALE), (ii) que ces titres sont stipulés payables en France métropolitaine, dans les départements d'Outremer ou à Saint Pierre et Miquelon et (iii) qu'il s'agit d'un titre spécial de paiement à valeur faciale pré-imprimée, comportant les deux signes de sécurité indiqués au verso de chaque CESU.

## ARTICLE 3 – DURÉE DE VALIDITÉ

La date de validité est indiquée sur chaque CESU. A défaut d'indication, chaque titre est valable jusqu'au 31 janvier suivant l'année d'émission indiquée sur le CESU et doit être retourné au CRCESU avant le 28 février suivant l'année d'émission.

## ARTICLE 4 – REFUS DE REMBOURSEMENT

Le GIE CRCESU ne procèdera pas au remboursement des titres invalides ou périmés. Il appartient aux intervenants affiliés de prendre toute précaution au moment de la remise du CESU par le bénéficiaire, le GIE CRCESU ne pouvant être tenu d'une quelconque responsabilité à cet égard.

## ARTICLE 5 – ACCEPTATION DES TITRES

Dès la remise d'un CESU par un bénéficiaire à l'intervenant affilié, ce dernier doit apposer immédiatement sa signature, son nom, prénom et code NAN sur chaque titre afin d'éviter la réutilisation des titres en cas de vol et permettre l'identification des titres auprès du CRCESU.

## ARTICLE 6 – PRÉPARATION DES TITRES EN VUE DE LEUR REMISE AU CRCESU

L'intervenant doit classer les CESU qui lui ont été remis dans le même sens et s'assurer qu'il a bien porté toutes les mentions obligatoires mentionnées dans l'article 5 des présentes (nom, prénom, signature et code NAN). Afin de permettre un bon traitement des titres, les intervenants ne doivent jamais utiliser d'agrafe, de trombone ou d'adhésifs. Chaque remise de titres est accompagnée d'un bordereau de remise normé, pré-imprimé avec les coordonnées de l'intervenant, dont les trois volets doivent être remplis (déclaration des zones "montant", "quantité" et "date de remise").

## ARTICLE 7 – TRANSMISSION DES TITRES AU CRCESU

Chaque intervenant peut à son choix :

- se faire rembourser ses CESU via INTERNET par une procédure propre à chaque émetteur de CESU, ou sur le site internet [www.cr-cesu.fr](http://www.cr-cesu.fr) ce qui exclut le renvoi des CESU au CRCESU,

- adresser les CESU au CRCESU par la voie postale à l'adresse suivante : CRCESU – 93738 BOBIGNY CEDEX 9,
- ou déposer les CESU dans son agence bancaire.

Le CRCESU ne peut s'engager sur les délais d'acheminement des titres et n'est responsable des titres qu'à compter de leur réception. Il appartient aux intervenants de se ménager la preuve de leur envoi et de conserver les numéros des titres envoyés.

Chaque intervenant affilié peut commander auprès du CRCESU des bordereaux vierges, sur le site du CRCESU ([www.cr-cesu.fr](http://www.cr-cesu.fr)) ou sur simple demande faite sur le serveur vocal du CRCESU (0 892 680 662 – 0,34 € TTC/mn) ou bien encore par télecopie (01 48 97 71 96).

## ARTICLE 8 – RÈGLEMENT DES CESU

À partir des informations communiquées par chaque intervenant lors de son affiliation, le CRCESU effectue les opérations de traitement en vue du remboursement des titres par virement effectué sur le compte bancaire de l'intervenant.

## ARTICLE 9 – RÉCLAMATION

Toute réclamation concernant le remboursement d'un CESU doit être adressée exclusivement au CRCESU à son adresse postale. L'intervenant devra préciser son NAN, l'objet de sa réclamation et joindre à son envoi une copie de la partie détachable du bordereau de remise ("talon à détacher") ainsi que la preuve de réception ou de dépôt du ou des titres auprès du CRCESU.

Toute réclamation concernant le paiement d'un CESU doit être formée à peine de validité par lettre recommandée avec avis de réception, quinze jours maximum après la date de remboursement du CESU concerné. Aucune réclamation ne sera prise en compte si l'intervenant n'a pas utilisé le bordereau personnalisé mis à sa disposition par le CRCESU. L'attention des intervenants affiliés est attirée sur le fait que le CRCESU assure le remboursement des titres sur la base de leur lecture et après réception de l'accord de l'émetteur confirmant la validité du titre et non en fonction des titres qui lui ont été adressés ou présentés pour traitement.

## ARTICLE 10 – CONFIDENTIALITÉ DES DONNÉES COLLECTÉES

Les informations figurant sur les conditions particulières d'affiliation font l'objet d'un traitement informatique destiné à permettre le traitement et le remboursement des CESU aux affiliés. Conformément à l'article L 129-11 du Code du Travail les informations relatives aux intervenants affiliés rémunérés par les Chèques Emploi Service Universel pré-financés ne sont communiquées au GIE CRCESU et aux émetteurs qui en sont membres qu'à seule fin de contrôle du bon usage de ces titres et selon des modalités propres à garantir la confidentialité des données collectées lors de votre affiliation.

Conformément aux articles 39 et suivants de la Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, toute personne peut obtenir communication et, le cas échéant, rectification ou suppression des informations la concernant, en s'adressant au service affiliation du GIE CRCESU dont les coordonnées figurent en tête du présent dossier d'affiliation.

## ARTICLE 11 – RÈGLEMENT DES LITIGES

Tout litige concernant la remise, le traitement et le remboursement des titres concernant le CRCESU doit être porté devant les Juridictions compétentes de la ville de BOBIGNY (93000).

## ARTICLE 12 – VALEUR DES CONDITIONS GÉNÉRALES ET PARTICULIÈRES D'AFFILIATION

L'affiliation de chaque intervenant emporte adhésion aux présentes conditions générales d'affiliation et l'obligation de remplir les conditions particulières d'affiliation. L'intervenant certifie sur l'honneur l'exactitude des informations portées sur les conditions particulières d'affiliation et s'engage à faire part au CRCESU de toute modification des renseignements le concernant portés sur ce document.

# Le Chèque Solidarité APA Vienne & PCH Vienne

Pour toute question liée au fonctionnement des chèques et compte Solidarité Vienne, vous pouvez contacter les conseillers :

Domiserve : [www.domiserve.com](http://www.domiserve.com)



 **01 78 16 13 68**  
Prix d'un appel local

Vienne infos sociales : [www.lavienne86.fr](http://www.lavienne86.fr)



Pour toute question liée à votre affiliation ou à votre remboursement, vous pouvez contacter le **CRCESU** :

**CRCESU** 93738 Bobigny cedex 9

**0 892 680 662**

Service 0,40 € / min  
\*prix d'appel

 [lavienne86.fr](http://lavienne86.fr)