

Votre demande

A.P.A

Allocation Personnalisée à l'Autonomie

Demande de révision

Demande de renouvellement



À compléter par le demandeur :

Nom – prénom :

Adresse du demandeur

Rue (lieu-dit) :

CP : Commune :

Réservé à l'administration :

Demande reçue le :

N° individu :

MDS :

Identification du bénéficiaire de l'APA

Nom :

Nom de naissance :

Prénom (s) :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Nationalité :

Numéro de sécurité sociale :

Personne ou organisme à l'origine de la demande

- Demandeur Famille Représentant légal Service social
 EHPAD Autres (à préciser) :

Motif de la demande (à compléter obligatoirement)

Hospitalisation

Dans les 3 derniers mois : Oui Non

En cours : Oui Non

Si oui :

Lieu d'hospitalisation :

Date d'hospitalisation : (joindre bulletin d'entrée)

Date de sortie prévue : (envoyez le bulletin de situation lors de la sortie de l'hôpital)

Formulaire de demande de Carte Mobilité inclusion (CMI) pour les bénéficiaires de l'APA Article L 241-3 du code l'action sociale et des familles

- Si vous bénéficiez de l'APA au titre du GIR 1 ou 2 :
Vous pouvez bénéficier, sans autre condition et à titre définitif, de la CMI, portant les mentions invalidité et stationnement pour personnes handicapées.
- Si vous bénéficiez de l'APA au titre du GIR 3 ou 4 et si votre situation le justifie :
Vous pouvez bénéficier de la CMI portant la mention « priorité »* et /ou la mention « stationnement pour personnes handicapées ».
- Bénéficiez-vous actuellement ?
 - d'une carte d'invalidité : Oui Non
 - d'une carte de priorité : Oui Non
 - d'une carte de stationnement : Oui Non
- Souhaitez-vous la délivrance, dans le cadre du dossier de demande d'APA ?
 - de la CMI portant la mention « invalidité ou priorité »* : Oui Non
 - de la CMI portant la mention « stationnement pour personne handicapée » : Oui Non

* La CMI portant mention ou « invalidité » ou « priorité » relève de l'appréciation de la CDAPH. Votre demande sera transférée, par nos services, à la MDPH du Gers.

Justificatifs à fournir

- Certificat médical de liaison à faire remplir par son médecin traitant ou hospitalier (à joindre sous pli confidentiel – certificat daté de moins de 3 mois)
- Copie de la carte vitale
- Copie 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 PACS.
- Copie des derniers avis d'imposition relatifs à la taxe foncière sur les propriétés bâties et à la taxe foncière sur les propriétés non bâties
- Attestation bancaire des biens mobiliers et épargne (livrets, Codevi, LDD, actions, obligations...)
- Copie du jugement de protection juridique, le cas échéant
- Bulletin de situation en cas d'hébergement temporaire en EHPAD
- Relevé d'identité bancaire ou postal au nom du bénéficiaire (si changement de situation personnelle)

Attestation sur l'honneur

Je soussigné(e), Monsieur, Madame,

Agissant en mon nom propre,

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 :

En cas de rejet de votre demande A.P.A, autorisez-vous le Département à informer votre caisse de retraite principale : Oui Non

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

Dispositions informatique et libertés

Les données à caractère personnel recueillies pour l'instruction des demandes d'APA sont nécessaires et font l'objet d'un traitement informatique par le Département du Gers.

Un défaut de réponse entraînera des retards ou ne permettra pas d'instruire le dossier.

Les destinataires des informations collectées sont exclusivement les services départementaux et les organismes habilités à l'instruction des dossiers, au vu de leurs missions spécifiques.

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant, ainsi que d'un droit d'opposition à leur traitement pour motif légitime.

Vous pouvez exercer ce droit en adressant un courrier au Département du Gers, 81 route de Pessan, BP 20569 – 32022 Auch Cedex 9.

Demande à retourner à l'adresse suivante

Département du Gers
Direction Handicap Dépendance
Service Action Gérontologique
81 route de Pessan
BP20569
32022 AUCH Cedex 9

CERTIFICAT MEDICAL

**relatif à une demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) à Domicile
avec ou sans demande de Carte(s) Mobilité Inclusion (CMI)**

Ce certificat médical contient les éléments nécessaires pour que les équipes d'évaluation APA établissent le plan le plus adapté à la situation de votre patient. Il est obligatoire dans le cadre d'une attribution de CMI.

Nom(s) : Prénom(s) :
 Nom de naissance : Né(e) le :
 Adresse :

1. Pathologie(s) et signe(s) clinique(s) contribuant à l'atteinte de l'autonomie

.....

Précisez les signes cliniques ayant un impact significatif sur la vie quotidienne de la personne (apragmatisme, dénutrition, troubles de l'équilibre, troubles cognitifs, etc.) :

.....

> **Existe-t-il une déficience auditive ayant un retentissement significatif ?**

Non Oui (merci de joindre un certificat ORL avec un audiogramme tonal)

> **Existe-t-il une déficience visuelle ayant un retentissement significatif ?**

Non Oui (merci de joindre un certificat ophtalmologique précisant l'acuité visuelle de loin et de près avec correction ainsi que les éventuelles atteintes du champ visuel)

2. Prise(s) en charge(s) thérapeutique(s) contraignante(s) (chimiothérapie, dialyse, etc.)

Si oui, précisez :

3. Perspective d'évolution de l'atteinte de l'autonomie

Stabilité Amélioration (durée prévisible des limitations fonctionnelles :)
 Aggravation Evolutivité majeure Non définie

4. Mobilité - Déplacements

> **Périmètre de marche ?** < 200 m > 200 m

> Le patient a-t-il :	Non	Oui
○ Une station debout pénible ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ Une prothèse externe des membres inférieurs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ Une oxygénothérapie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

> **Pour ses déplacements, le demandeur a-t-il besoin d'une aide ?** Non Oui (précisez)

Aide humaine Canne Déambulateur Fauteuil roulant

Autre aide technique (précisez) :

> **Le demandeur a-t-il besoin d'être accompagné par une tierce personne du fait d'une altération d'une fonction mentale, cognitive, psychique ou sensorielle ?** Non Oui

Aidez-vous de la grille d'appréciation suivante pour répondre aux questions suivantes à choix multiples

Ⓐ	Ⓑ	Ⓒ	Ⓓ	NSP
Réalisé sans difficulté et sans aucune aide	Réalisé avec difficulté ou aide autre qu'humaine	Réalisé avec aide humaine : directe ou stimulation	Non réalisé	Ne se prononce pas

<u>Mobilité, manipulation et capacité motrice</u>	Ⓐ	Ⓑ	Ⓒ	Ⓓ	NSP
Marcher :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déplacer à l'intérieur :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déplacer à l'extérieur :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préhension main dominante :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préhension main non dominante :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motricité fine :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Précisions :

.....

.....

<u>Cognition / Capacité cognitive</u>	Ⓐ	Ⓑ	Ⓒ	Ⓓ	NSP
Orientation dans le temps :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientation dans l'espace :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestion de la sécurité personnelle :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maîtrise du comportement :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Réponse adaptée aux questions ? Non Oui Si connu, indiquez le score MMS : /

Précisions:

.....

.....

<u>Entretien personnel</u>	Ⓐ	Ⓑ	Ⓒ	Ⓓ	NSP
Faire sa toilette :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'habiller, se déshabiller :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manger et boire des aliments préparés :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assurer l'hygiène de l'élimination fécale :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Précisions :

.....

.....

Vous pouvez joindre à ce certificat les comptes rendus et documents les plus récents et significatifs permettant de mieux comprendre cette situation.

Document rédigé à la demande du patient et remis en main propre.
Fait à _____, le _____

Signature et CACHET du médecin
ou n° RPPS et ADELI

Signature du patient (non obligatoire)