



## CONSEIL DEPARTEMENTAL de la HAUTE-VIENNE

### *Dossier de demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie*

**Date de la demande :**

**NOM** : ..... **Nom de jeune Fille** .....

**Prénoms** : .....

**ADRESSE** : .....

.....

**Téléphone** : .....

**Demande** :  à domicile

en établissement

situé en Haute-Vienne

Autres

Etes-vous actuellement bénéficiaire d'une prise en charge de votre hébergement au titre de l'aide sociale :

Oui

Non

● Coordonnées de la personne à contacter le cas échéant pour la visite d'évaluation à domicile ou en cas d'urgence (enfant, parent, autres...) :

NOM / Prénom : .....

adresse : .....

n° de téléphone : .....

**A retourner à :**

**CONSEIL DEPARTEMENTAL  
Pôle personnes âgées, personnes handicapées  
11 rue François Chénieux – CS 83112  
87031 – LIMOGES Cedex 1**



**Les pièces justificatives suivantes  
sont à joindre NON AGRAFEES**

**IMPERATIVEMENT**

**à ce dossier de demande**

◆ Photocopie intégrale du livret de famille ou de la carte nationale d'identité ou du passeport d'un état membre de l'union européenne ou un extrait de naissance.

- ***s'il s'agit d'un demandeur de nationalité étrangère (hors union européenne)***

*photocopie de la carte de résidence ou du titre de séjour.*

◆ Photocopie du **dernier avis** d'imposition ou de non-imposition à l'impôt sur le revenu. (copie du document intégral)

◆ Relevé d'identité bancaire ou postal.

◆ Joindre copie du dernier relevé de compte courant.

**Le cas échéant**, toute pièce justificative des biens ou capitaux relevant du patrimoine dormant :

◆ Photocopie du dernier relevé des taxes foncières sur les propriétés bâties et sur les propriétés non bâties.

◆ Relevé annuel d'assurance vie ou (attestation sur l'honneur pour les personnes qui n'en disposeraient pas).

## Questionnaire à compléter

Toute absence de renseignements retarderait l'examen de votre dossier.

### A - Renseignements concernant le demandeur :

#### DEMANDEUR

#### CONJOINT \*

**NOM :** .....

**NOM :** .....

(nom de jeune fille et nom marital pour les femmes)

**PRENOM :** .....

**PRENOM :** .....

**Date de naissance :** .....

**Date de naissance :** .....

**Lieu de naissance :** .....

**Lieu de naissance :** .....

**N° de sécurité sociale :** .....

**N° de sécurité sociale :** .....

Relevez-vous d'un régime d'assurance maladie obligatoire d'un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'Espace économique européen, autre que la France, ou de la Confédération suisse ?

**Est-il en activité ?** .....

**Oui**

**Non**

**Nationalité :** .....

(française/ ressortissant de l'union européenne / autre)

**Nationalité :** .....

(française/ ressortissant de l'union européenne / autre)

**Situation de famille :** .....

(marié, divorcé, veuf, concubin, pacs, célibataire)

(en cas de veuvage, **date de décès du conjoint**) :

**Etes-vous retraité ?** .....

**Est-il retraité ?** .....

**Régime de retraite principal :**

- Il peut s'agir du conjoint, du concubin ou de la personne avec laquelle le demandeur a conclu un PACS.

**LIEU DE RESIDENCE ACTUEL DU DEMANDEUR :**

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

**LIEU DE RESIDENCE ACTUEL DE SON CONJOINT SI DIFFERENT DU PRECEDENT :**

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

**COCHER L'UNE DE CES CASES SUIVANTES SI LE LIEU DE RESIDENCE DU DEMANDEUR EST :**

- Etablissement d'hébergement pour personnes âgées** (date d'entrée)

.....  
admis à l'aide sociale le (le cas échéant) .....

- Le domicile d'un particulier accueillant à titre onéreux dans le cadre de la loi du 10 juillet 1989 (date de début d'accueil et nom de l'accueillant** .....

.....  
.....

**Adresse du domicile habituel (si adresse différente du lieu de résidence actuel) :**

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

*(Si le département à qui incombe la prise en charge de l'A.P.A. en établissement – le département du domicile de secours – n'est pas le département où le demandeur réside, joindre au dossier de demande l'arrêté de tarification de l'établissement. Il appartient au directeur de l'établissement de fournir ce document au demandeur pour compléter son dossier de demande).*

**Mentionner le cas échéant l'existence d'une mesure de protection juridique :**

- Sauvegarde de justice**    **Tutelle**    **Curatelle**    **Habilitation familiale**

**Nom et Adresse du tuteur ou de l'association chargée de la mesure :**

**(joindre copie du jugement)**

**B - REVENUS et PATRIMOINE (fournir les Justificatifs)**

RESSOURCES ANNUELLES	MONTANT ANNUEL VERSE AU DEMANDEUR	MONTANT ANNUEL VERSE AU CONJOINT, CONCUBIN OU A LA PERSONNE AVEC LAQUELLE IL A CONCLU UN PACS
<p align="center"><b><u>Pensions et retraites</u></b></p> <p>Caisse de retraite principale (CARSAT, MSA, RSI, Autre) Préciser :  <b><u>Nom et organisme payeur :</u></b></p>		
Allocation adulte handicapé :		
Pension d'invalidité :		
Rente accident du travail :		
Rente viagère :		
Pension de guerre :		
Pension de veuve de guerre, d'ascendant :		
Allocation chômage :		
Pension(s) alimentaire(s) versée(s) par les enfants :		
Salaires ou bénéfices déclarés :		
Revenus agricoles :		
Autres (à préciser) :		

<b>PERCEVEZ-VOUS :</b>	
La majoration pour aide constante d'une tierce personne (MTP) :	OUI - NON
La prestation complémentaire pour recours à tierce personne (PCRTP) :	OUI - NON
L'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) :	OUI - NON
La prestation de compensation du handicap (PCH) :	OUI - NON
L'aide ménagère versée par les caisses de retraite :	OUI - NON
L'aide ménagère au titre de l'aide sociale départementale :	OUI - NON

**Attention : Aucune de ces prestations n'est cumulable avec l'allocation personnalisée d'autonomie.**

## ATTESTATION

### **Biens mobiliers et capitaux non imposables**

Demandeur, conjoint, concubin, pacs.

<b>PRODUITS</b>	<b>CAPITAL ACTUEL</b>	<b>INTERETS PERCUS OU CAPITALISES AU COURS DE L'ANNEE PRECEDENTE</b>
Compte-chèque n°.....		
Livret d'Épargne (A)		
Livret d'Épargne Populaire (L.E.P.)		
Livret développement durable (L.D.D) ex (CODEVI) n°.....		
Livret ou compte Épargne Logement n°.....		
Épargne assurance vie		
P.E.P. n°.....		
Bons anonymes.....		
Autres : préciser		

### BIENS IMMOBILIERS

oui

non

<b><u>Nature des biens et adresses</u></b> Ex : maison, appartement, terrains, terres agricoles...	<b><u>Usage actuel</u></b> Ex : <u>occupé</u> par le demandeur, Occupé à titre gratuit, location, en fermage ou <u>inoccupé</u>	<b>Montant des revenus procurés par le bien</b>

**A compléter par un récapitulatif complémentaire si nécessaire.**

**C - Demande simplifiée d'une carte mobilité inclusion (CMI) :**

Il vous est désormais possible de déposer une demande de Carte Mobilité Inclusion (CMI)\* au Conseil départemental, conjointement à votre demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA).

**APA à domicile :**

⇒ Souhaitez-vous bénéficier de la carte mobilité inclusion comportant la mention « **priorité/invalidité** » ?

- OUI**
- NON**

⇒ Souhaitez-vous bénéficier de la carte mobilité inclusion comportant la mention « **stationnement pour personnes handicapées** » ?

- OUI**
- NON**

**APA en établissement :**

⇒ Déposez une demande de CMI auprès de la MDPH, 8 place des Carmes BP 73129 – 87031 Limoges.

\* : Cf document explicatif joint : « vous avez plus de 60 ans - comment faire une demande de CMI »

**D - Renseignements concernant les proches aidants du demandeur (facultatif).**

Ce volet du dossier de demande vise à apporter des premières informations sur les personnes de votre famille ou de votre entourage amical ou de voisinage qui vous apportent une aide dans la vie quotidienne, qu'on dénommera « aidants » dans ce qui suit. Son remplissage est facultatif.

**Nom et prénom de votre ou de vos aidants :** .....

.....

.....

**Nature de l'aide apportée** (par exemple : accompagnement dans les déplacements à l'extérieur de votre domicile, courses).....

.....

.....

.....

.....

.....

## MENTIONS d'INFORMATION

### **Allocation personnalisée d'autonomie à domicile Évaluation à domicile et proposition de plan d'aide et/ou compte rendu de visite, Attribution, la gestion et le contrôle d'effectivité de l'allocation personnalisée d'autonomie mentionnée à l'article L. 232-1 du Code de l'action sociale et des familles**

(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)

Les informations recueillies vous concernant font l'objet d'un traitement informatique par le Département de la Haute-Vienne, auquel vous consentez, destiné à instruire votre demande d'allocation personnalisée d'autonomie à domicile et de contrôle le droit. 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
- Règlement départemental d'aide et d'actions sociales
- 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 no 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.

Les données enregistrées sont celles des formulaires liées à la demande d'APA, ainsi que les informations librement fournies par l'utilisateur lors de l'évaluation à domicile par le professionnel de santé. Les données n'ont pas pour finalité une prise de décision automatisée.

Les données et catégories de données sont celles énumérées à l'article Art. R. 232-41 du Code de l'Action sociale et des familles et son annexe 2-3 et sont indispensables à l'instruction de votre dossier. Le défaut de réponse entrainera une impossibilité de traiter votre demande

L'article R. 232-44 du CASF liste les catégories de personnes pouvant accéder aux données pour la gestion des aides. Les informations enregistrées sont destinées aux services instructeurs du Département et ne peuvent être communiquées, en cas de besoin nécessaire à l'instruction de votre situation, qu'aux destinataires dûment habilités et intervenant strictement dans le cadre de votre dossier, à savoir, en fonction de leurs missions :

- Les organismes de retraite
- Les MAIA
- Les maisons du département Services sociaux (MDD)
- Le cas échéant, le médecin traitant, sous réserve du consentement de la personne
- L'ensemble des destinataires prévus à l'article R 232-45 du code de l'action sociale et des familles

Les décisions sont notifiées à la personne ayant formulé la demande d'aide.

Les données enregistrées sont conservées conformément aux prescriptions des archives départementales et à l'article Art. R. 232-46 du Code de l'Action sociale et des familles.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 06 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification aux informations qui vous concernent en vous adressant, par voie postale, au Délégué à la Protection des Données – Hôtel de Département de la Haute-Vienne, 11 rue François Chénieux – CS 83112 87031 Limoges cedex 1. Adresse mail : [donneespersonnelles@haute-vienne.fr](mailto:donneespersonnelles@haute-vienne.fr)

Le Règlement Européen sur la Protection des Données (RGPD 2016/679) prévoit que tout usager peut demander la limitation du traitement et introduire une réclamation auprès de la CNIL (3, place Fontenoy – TSA 80715 – 75334 Paris cedex [www.cnil.fr](http://www.cnil.fr))



## **DECLARATION SUR L'HONNEUR**

Je soussigné(e), M. / Mme ..... agissant en mon nom propre,  
ou M. /Mme ..... agissant en ma qualité de représentant légal  
de M. / Mme .....

- certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant dans le présent dossier, qui sont fournis dans le cadre de cette demande d'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) et le cas échéant de Carte mobilité inclusion (CMI) ;
- reconnaît avoir été informé(e) du fait que toute fausse déclaration ou falsification de document, toute obtention usurpée d'un droit, m'expose à des sanctions pénales et financières prévues par le Code de l'action sociale et des familles (CASF), le Code de la sécurité sociale et le Code pénal ;
- reconnaît avoir été informé(e) que j'ai un droit d'accès et de rectification aux données me concernant, ou concernant M. / Mme ....., conformément à la Loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 ;
- autorise, en application des articles L.113-2-1 et R.232-7 du CASF, la transmission des éléments administratifs nécessaires, ainsi que de ceux relatifs à l'évaluation de la situation (appréciation du degré de dépendance, environnement ...) et des besoins, à ma caisse de retraite, ou à celle de M./Mme ....., dans le cas où la demande d'APA serait rejetée et qu'une « demande d'aide pour Bien vieillir chez soi » auprès de cette caisse de retraite s'avérerait nécessaire, afin de simplifier la démarche et d'éviter la réalisation d'une nouvelle évaluation ;
- autorise, en application de l'article R.232-7 du CASF, la transmission des éléments administratifs nécessaires, ainsi que de ceux relatifs à l'évaluation des besoins et aux aides utiles au soutien à domicile, me concernant, ou concernant M. / Mme ....., aux organismes compétents pour attribuer des financements lorsque l'APA ne peut pas couvrir ces besoins ;
- autorise, en application de l'article L.241-3 du CASF, la transmission des éléments administratifs nécessaires, ainsi que de ceux relatifs à l'évaluation de ma situation et de mes besoins, ou de la situation et des besoins de M. / Mme ....., à la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) en cas de demande de CMI pour l'instruction des mentions invalidité de cette carte ;
- reconnaît avoir été informé(e) que l'échange et le partage d'informations avec les partenaires du Conseil départemental sont encadrés par la réglementation, qu'ils sont limités aux informations strictement nécessaires et que je pouvais m'opposer à cette transmission de données.

Fait à ....., le ...../..... /.....

**Signature du demandeur**

**Signature du représentant légal**

**Signature du représentant** (en cas d'impossibilité de signer du demandeur)

Préciser l'identité : M. / Mme .....

## ATTESTATION SUR L'HONNEUR

**Je soussigné (e)** .....

**déclare**

percevoir la Majoration pour Tierce Personne

↳ à compter du ..... (joindre justificatif d'attribution)

ne pas percevoir la Majoration pour Tierce Personne.

[ pas de cumul possible avec l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), conformément à l'article L 232-23 du code de l'action sociale et des famille (CASF)].

**Date :**

**Signature**



# Demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie à domicile

## Certificat médical

(A remplir par le Médecin traitant désigné par la personne)

**Nom de famille :**

**Prénom :**

**Adresse :**

**Nom d'usage :**

**Date de naissance :**

**Téléphone :**

**Coordonnées de la personne à contacter en cas de besoin :**

(Afin d'organiser au mieux la visite de l'évaluateur APA)

### Pathologie principale motivant la demande :

(Date d'apparition, évolution prévisible, retentissement...)

### Antécédents :

(En particulier ayant une incidence sur l'autonomie)

### Appareillages éventuels :

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Lit médicalisé   | <input type="checkbox"/> Cannes              |
| <input type="checkbox"/> Barrières        | <input type="checkbox"/> Fauteuil garde-robe |
| <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant | <input type="checkbox"/> Urinal ou bassin    |
| <input type="checkbox"/> Déambulateur     | <input type="checkbox"/> Protections         |
| <input type="checkbox"/> Autres :         |  |

## DESCRIPTION CLINIQUE ET DEFICIENCES CONSTATEES :

**Poids :**

**Taille :**

**Etat général :**

### Fonctions supérieures et comportement :

(Nature des troubles, intensité, retentissement sur la vie quotidienne)

**Déficiences sensorielles :**

Auditive :

Visuelle :

**Déficiences motrices : Notion de Chutes :**  OUI

NON

(Préciser la localisation, le type des troubles)

### Autres déficiences :

- Cardio-respiratoires :

- Viscérales :

- Sphinctériennes :  Urinaire

Anale

- Autres :

**Perspectives d'évolution :**

- Stabilité
- Risque vital

- Aggravation
- Amélioration

- Incapacité fluctuante
- Non définie

**Evaluation de l'autonomie : Grille AGGIR**

		A-B-C			A-B-C
<b>1</b>	<b>Transfert</b> (se lever, se coucher, s'asseoir : passer d'une des trois positions à une autre, dans les deux sens)		<b>6</b>	<b>Alimentation</b> Se servir : couper sa viande, peler un fruit, remplir un verre ----- Manger : porter les aliments à sa bouche et les avaler	
<b>2</b>	<b>Déplacement à l'intérieur</b> (avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant)		<b>7</b>	<b>Alerter</b>	
<b>3</b>	<b>Toilette</b> Haut : visage, tronc, membres supérieurs, mains, rasage, coiffage ----- Bas : membres inférieurs, pieds, régions intimes	-----	<b>8</b>	<b>Déplacements à l'extérieur</b> (à partir de l'entrée, sans moyen de transport)	
<b>4</b>	<b>Elimination</b> Urinaire : assumer l'hygiène de l'élimination urinaire ----- Fécale : assumer l'hygiène de l'élimination fécale	-----	<b>9</b>	<b>Orientation</b>  dans le temps ----- dans l'espace	-----
<b>5</b>	<b>Habillage</b> Haut : vêtements passés par les bras et/ou la tête ----- Moyen : fermeture des vêtements : boutons, ceinture, bretelles, fermeture Eclair ----- Bas : vêtements passés par le bas du corps, chaussettes, bas, chaussures	-----	<b>10</b>	<b>Cohérence</b> (converser et/ou se comporter de façon logique et sensée)  Communication ----- Comportement	-----
				<b>Groupe iso-ressources</b> Défini par le système informatique	

A = fait seul, spontanément, totalement, habituellement, correctement ⇒ la personne fait bien

B = fait seul, mais non spontanément et/ou non habituellement et/ou partiellement et/ou non correctement ⇒ la personne fait mal

C = ne fait pas ⇒ il faut « faire à la place » ou « faire faire »

**INTERVENANTS ET SUIVIS EN COURS :**

**Sanitaires :**

- Infirmière
- SSIAD/HAD
- Kinésithérapeute
- Hôpital de jour
- Autres (Pédicure, Orthophoniste)

**Médico-sociaux :**

- Employée de maison
- Aide-ménagère
- Auxiliaire de vie
- Accueil de jour
- Portage de repas à domicile
- Télésécurité
- Autres (gardes à domicile...)

**BESOINS COMPLEMENTAIRES IDENTIFIES :**

**A** ..... **Le** .....

**Cachet et numéro de téléphone du médecin :**

# VOUS AVEZ + DE 60 ANS

## Comment faire une demande de CMI (carte mobilité inclusion) ?




### VOUS BÉNÉFICIEZ DÉJÀ DE L'APA\*


OU


### VOUS FAITES UNE 1<sup>ÈRE</sup> DEMANDE D'APA\*


OU


### VOUS N'ÊTES PAS CONCERNÉ PAR L'APA\*


 Vous pouvez demander les **CMI\* invalidité, stationnement ou priorité** en remplissant un formulaire à demander au **bureau personnes âgées de votre département.\*\***

 Vous faites la demande de **CMI\* invalidité stationnement ou priorité** en remplissant le **formulaire d'APA\*** à demander au **bureau des personnes âgées de votre département\*\***. Un professionnel évalue votre niveau de perte d'autonomie : votre GIR.

 Vous faites la demande de **CMI\* invalidité, priorité ou stationnement** à la **Maison départementale des personnes handicapées (MDPH)**.

↓  
 Vous remplissez le formulaire Cerfa n°**13788\*01** et vous le déposez ou vous l'envoyez à la **MDPH**.

↓  
 Votre demande est étudiée par la **Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées de la MDPH**.

↓  
 Vous recevez un courrier du président du département qui décide de vous attribuer ou non la carte.

### VOTRE NIVEAU DE PERTE D'AUTONOMIE EST ÉVALUÉ :

#### GIR1-GIR2

Si vous en avez fait la demande, les **CMI\* stationnement et invalidité** vous sont automatiquement attribuées et à titre définitif.

\***APA** : allocation personnalisée d'autonomie.

\***CDAPH** : Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées.


\***CMI** : carte mobilité inclusion.

\*\*Dans certains départements la demande est à adresser à la MDPH. Vérifiez sur le site de votre département.

#### GIR3-GIR4-GIR5-GIR6

Si vous avez fait une demande de **CMI\* priorité ou stationnement**, un professionnel du département donne son avis sur votre demande. Si vous avez fait une demande de **CMI\* invalidité**, la **CDAPH\*** de la MDPH étudie votre demande. Dans tous les cas, c'est le président du département qui décide de vous l'attribuer ou non.

Si votre demande est acceptée

↓  
 Vous recevez un courrier qui vous demande d'envoyer une photo à l'imprimerie nationale. **Vous recevez votre carte 5 jours après avoir envoyé votre photo.**