



DEMANDEAIDESOCIALE		Cadre réservé au Conseil départemental	
Cachet d'arrivée MDA MIA		N° dossier ASG : N° de foyer :	

DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE (APA)

pour les personnes âgées de 60 ans et plus (cf. liste des pièces à fournir en page 4)

<input type="checkbox"/> A DOMICILE	ou	<input type="checkbox"/> EN ETABLISSEMENT pour vos frais de dépendance Bénéficiez-vous par ailleurs de l'aide sociale à l'hébergement ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si non, avez-vous déposé une demande d'aide sociale à l'hébergement ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Nom et prénom : _____		
Vous êtes <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> marié(e) <input type="checkbox"/> vie de couple <input type="checkbox"/> veuf(ve) <input type="checkbox"/> séparé(e) <input type="checkbox"/> divorcé(e)		
Depuis le ____/____/____ (à compléter obligatoirement)		



ADRESSES DU DEMANDEUR

ADRESSE ACTUELLE

.....

Date d'arrivée à cette adresse (à compléter obligatoirement) / /

:

@ :

Préciser s'il s'agit :

de votre domicile personnel
 Préciser si vous êtes :
 propriétaire locataire
 hébergé(e) chez :

ou d'une résidence autonomie (*)
 ou d'une famille d'accueil agréée (*)
 ou d'un établissement (*) (EHPAD, maison de retraite)

() **Indiquer ci-contre l'adresse du domicile antérieur (à compléter obligatoirement)***

ADRESSES PRECEDENTES :

A compléter obligatoirement si vous avez changé d'adresse depuis moins de 3 mois ou si vous êtes hébergé(e) en résidence autonomie, en famille d'accueil agréée ou en établissement(*)

.....

Date d'arrivée (à compléter) : / /

Date de départ (à compléter) : / /

.....

Date d'arrivée (à compléter) : / /

Date de départ (à compléter) : / /

.....

Date d'arrivée (à compléter) : / /

Date de départ (à compléter) : / /



ETAT CIVIL

	Le demandeur	Le conjoint(e) / concubin(e) / partenaire de Pacs
Nom d'usage ou marital		
Nom de naissance		
Prénom(s)		
Date et lieu de naissance		
Nationalité	<input type="checkbox"/> française <input type="checkbox"/> communauté européenne <input type="checkbox"/> autre nationalité	<input type="checkbox"/> française <input type="checkbox"/> communauté européenne <input type="checkbox"/> autre nationalité
N° de sécurité sociale		
Régime de retraite principal		
Préciser si votre conjoint(e), concubin(e) ou partenaire de Pacs réside : <input type="checkbox"/> à votre domicile <input type="checkbox"/> en structure hébergement S'il ne réside pas à votre domicile, indiquer ses coordonnées : Adresse : @		



VOS REFERENTS ADMINISTRATIFS ET MEDICAUX

FAITES-VOUS L'OBJET D'UNE MESURE DE PROTECTION oui non en cours

Si oui, quel type ? sauvegarde de justice curatelle tutelle

Nom et prénom du représentant légal :

Adresse :

..... @

NOM ET PRENOM DE VOTRE MEDECIN TRAITANT :

Adresse :

..... @

NOM ET PRENOM DE LA PERSONNE REFERENTE A CONTACTER POUR LA VISITE D'EVALUATION :

Nom et prénom :

Adresse :

Lien avec vous-même @

NOM ET PRENOM DE LA PERSONNE DESTINATAIRE DE VOTRE COURRIER :

Adresse :

Lien avec vous-même @

PROCHE AIDANT : (*facultatif*) Ce paragraphe vise à apporter les premières informations sur le (ou les) personne(s) de votre famille ou de votre entourage avec laquelle vous avez des liens étroits et stables et qui vous apporte régulièrement et fréquemment une aide dans la vie quotidienne. Ce proche ne doit pas intervenir auprès de vous à titre professionnel.


Nom et prénom Age :

Adresse :

..... @

Nature de votre lien (enfant, conjoint, ami, voisin)

Nature de l'aide apportée (accompagnement à l'extérieur, courses...)

 **AUTRES AIDES PERÇUES non cumulables avec l'APA** (à compléter obligatoirement)

Aides	MONTANT	DATE DE FIN
Majoration pour aide constante d'une tierce personne	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON/...../.....
La prestation complémentaire pour recours à tierce personne	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON/...../.....
Allocation compensatrice pour tierce personne	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON/...../.....
Prestation de compensation du handicap	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON/...../.....
Aide ménagère au titre de l'aide sociale départementale	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON/...../.....
Aide ménagère prise en charge par la caisse de retraite	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON/...../.....

 **PATRIMOINE DU FOYER**

► **BIENS IMMOBILIERS DU FOYER (MONSIEUR ET MADAME)**

Je déclare, ainsi que mon conjoint, concubin ou partenaire de Pacs, posséder les biens immobiliers suivants :

Votre résidence principale			
Adresse.....		<input type="checkbox"/> occupée par : <input type="checkbox"/> louée <input type="checkbox"/> libre Si ce bien est en indivision, préciser le nombre de propriétaires :	
Vos autres biens immobiliers			
Adresse du bien	Nature du bien (maison, terrain, appartement...)	Nombre de propriétaires si le bien est en indivision	Location
			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
		

Je déclare, ainsi que mon conjoint, concubin ou partenaire de Pacs le cas échéant, ne posséder aucun patrimoine immobilier

► **BIENS MOBILIERS ET EPARGNE DU FOYER (MONSIEUR ET MADAME)**

Je déclare, ainsi que mon conjoint, concubin ou partenaire de Pacs le cas échéant, posséder des biens mobiliers et/ou d'épargne : dans ce cas, **remplir le tableau joint en annexe**

Je déclare, ainsi que mon conjoint, concubin ou partenaire de Pacs le cas échéant, ne posséder aucun placement financier



En complément de votre demande d'APA souhaitez-vous solliciter le bénéfice de la Carte Mobilité Inclusion ? (CMI). Si oui, souhaitez-vous la CMI avec la mention :

Priorité oui non

Stationnement oui non

Invalidité oui non

Un certificat médical de moins de 6 mois est obligatoire (CM de la MDPH ou CM fourni dans le cadre de l'APA) pour toute demande de CMI et facultatif (bien que souhaité) pour une demande d'APA.

Pour plus d'information sur la CMI consulter le site du Conseil départemental /Solidarité /Personnes âgées.

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES (hors informations médicales) :

J'ATTESTE SUR L'HONNEUR QUE :

- les renseignements portés sur ce document sont exacts,
- je m'engage à informer l'organisme qui a constitué la demande ou le Conseil départemental concerné de toute modification de ma situation ainsi que celle des personnes vivant au foyer et à faciliter toute enquête,
- j'accepte, dans le cadre d'une demande qui nécessite une coordination éventuelle avec d'autres financeurs, que les éléments de ce dossier soient communiqués aux gestionnaires de ces prestations.

LU ET APPROUVE, le **Signature du demandeur ou de son représentant légal**
(Nom – Prénom en toutes lettres)

Conformément à la Loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 : les renseignements portés sur ce formulaire font l'objet d'un traitement informatique. Vous pouvez obtenir communication de ces informations et, le cas échéant, obtenir leur rectification, sur présentation d'une pièce d'identité, en vous adressant au service où vous avez déposé votre demande ou directement au Conseil départemental des Yvelines - Direction Autonomie et Santé - M.D.A. 2, place André Mignot 78012 Versailles Cedex.

ENVOI DU DOSSIER AVEC LES JUSTIFICATIFS

Pour les personnes résidant à domicile dans les Yvelines, le dossier peut être envoyé au Centre Communal d'Action Sociale (C.C.A.S.) de la mairie du lieu de résidence ou directement au Conseil départemental des Yvelines – Maison Départementale de l'Autonomie - Mission Instruction Autonomie - 2, place André Mignot 78012 VERSAILLES Cedex.

Pour les personnes accueillies en établissement (E.H.P.A.D., maison de retraite, résidence autonomie,...) ou en famille d'accueil agréée, **qui, avant leur entrée, étaient domiciliées depuis plus de 3 mois :**

- **dans un département autre que les Yvelines :** envoyer directement le dossier au Conseil départemental de cet autre département

- **dans le département des Yvelines :** le dossier est à envoyer au Centre Communal d'Action Sociale (C.C.A.S.) de la mairie du lieu de résidence privée avant l'entrée en établissement ou directement au Conseil départemental des Yvelines - Direction Autonomie et Santé - M.D.A - Mission Instruction Autonomie - 2, place André Mignot 78012 VERSAILLES Cedex

- copie carte nationale d'identité ou passeport de la Communauté Européenne
- pour les personnes de nationalité étrangère, hors Communauté Européenne : copie **recto verso** du titre de séjour en cours de validité
- copie du **dernier avis d'impôt sur les revenus** du demandeur (toutes les pages) et le cas échéant de son conjoint, de son concubin ou de son partenaire de Pacs ou celui sur lequel le demandeur figure à charge
- justificatifs de vos pensions de retraites personnelles et de réversion actuelles en cas de changement de situation familiale au moment de la demande
- tableau des capitaux mobiliers ci-joint
- pour les propriétaires, copie de l'avis d'impôt (toutes les pages) concernant la taxe foncière de chaque bien immobilier
- relevé d'identité bancaire/IBAN **au nom et prénom du demandeur**
- pour l'APA à domicile :** le certificat médical d'appui à votre demande d'APA, complété par le médecin traitant, **est facultatif (bien que souhaité)** et peut être joint au dossier sous pli cacheté
- pour l'APA en établissement hors Yvelines :** arrêté de tarification des forfaits dépendance de l'année en cours, délivré par l'établissement d'accueil
- pour la CMI :** un certificat médical de moins de 6 mois, complété par le médecin traitant **est obligatoire**

Annexe

Tableau récapitulatif des capitaux mobiliers concernant le foyer (Monsieur et Madame)

**A joindre impérativement à la demande d'allocation personnalisée d'autonomie
(APA)**

(Articles L132-1, L232-4, L232-8 et R232-5 du code de l'action sociale et des familles)



CAPITAUX

RELEVÉ DES CAPITAUX MOBILIERS DU FOYER au 31/12/20__

(préciser l'année de référence)

Ce relevé est à renseigner pour Monsieur et Madame

NOM – Prénom(s) du demandeur d'APA :

Dossier ASG n° (si connu)

A retourner par le demandeur ou son représentant légal **avec les justificatifs annuels délivrés par les organismes financiers :**

Conseil départemental des Yvelines
Direction Autonomie et Santé - Maison Départementale de l'Autonomie
Mission Instruction Autonomie
2, Place André Mignot -78012 Versailles cedex

PRODUITS FINANCIERS <i>(Joindre les justificatifs)</i>	MONTANT DU CAPITAL dont intérêts	
	Monsieur	Madame
Assurances-vie		
Plan d'Epargne Populaire		
Plan d'Epargne Retraite Populaire (PERP)		

Date.....

Cachet de la Banque ou signature du représentant légal ou du demandeur

CERTIFICAT MÉDICAL

d'appui à une demande d'allocation personnalisée d'autonomie à domicile

Sous enveloppe fermée, confidentielle, à l'attention du médecin du Pôle Autonomie Territorial (PAT)

- Noter sur l'enveloppe les nom, prénom et commune du domicile de votre patient -

NOM : Prénom : Date de naissance / / H F
TAILLE : POIDS : Commune de résidence :

MEDECIN TRAITANT :

MEDECINS SPECIALISTES :

PATHOLOGIES PRINCIPALES

ANTECEDENTS médicaux, chirurgicaux significatifs

Votre patient présente-t-il une addiction pouvant avoir un impact sur sa prise en charge ? NON OUI

Si oui, précisez : ALCOOL TABAC Autre :

HOSPITALISATION RECENTE NON OUI

- Date :
- Lieu :
- Motif :

- Date :
- Lieu :
- Motif :

TRAITEMENTS EN COURS OU JOINDRE UNE ORDONNANCE (nom, posologie, voie d'administration)

Votre patient a-t-il besoin d'aide pour préparer ou prendre ses médicaments ? NON OUI

Votre patient est-il pris en charge actuellement ? NON OUI Précisez ci-dessous :

- **REEDUCATION** NON OUI Si oui, Kinésithérapie Orthophonie Autre (précisez) :
- **SOINS INFIRMIERS** NON OUI Si oui, précisez :

Les aides nécessaires seront évaluées lors de la visite à domicile (téléalarme, portage de repas, aide ménagère....) cependant, à votre avis, l'état de santé de votre patient nécessite-t-il une aide dans les domaines suivants ?

- **TOILETTE** NON, pas d'aide Partielle Totale Ne sait pas
- **HABILLAG** NON, pas d'aide Partielle Totale Ne sait pas
- **ALIMENTATION** NON, pas d'aide Partielle Totale Risque de fausse route Ne sait pas
- **HYGIENE DE L' ELIMINATION** NON, pas d'aide Partielle Totale Ne sait pas
Si besoin d'aide : Jour Nuit Incontinence urinaire Sonde Incontinence anale Stomie

DESCRIPTION DES DEFICIENCES

❶ DEFICIENCES MOTRICES NON (passez au ❷) OUI Précisez ci-dessous :

(1) La localisation : Membre(s) supérieur(s) Membre(s) inférieur(s) Autre (préciser) :

(2) Le retentissement sur les déplacements : (NB. Retentissement sur toilette, alimentation... déjà demandés page 1)

- Risque de chute peu important important
- Assure seul ses transferts OUI Jamais seul En partie
- Se déplace dans son lieu de vie OUI Jamais seul En partie
- Se déplace à l'extérieur : Seul Parfois accompagné
 Toujours accompagné Ne sort pas
- Périmètre de marche :

APPAREILLAGES	OUI	NON
Fauteuil roulant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lit médicalisé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déambulateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Canne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

❷ DEFICIENCES DES FONCTIONS SUPERIEURES

Votre patient présente-t-il des troubles cognitifs ?

NON (passez au ❸)

OUI Précisez ci-dessous :

- **Déficiência intellectuelle** NON OUI
 - **Troubles de la mémoire** peu importants importants
 - **Désorientation gênante** NON OUI
- Si oui, dans le temps dans l'espace

▪ **Autre :**

Exploration / Consultation mémoire : NON OUI en cours
(Précisez) :

Si troubles cognitifs, prise en charge :

en Accueil de jour par une Equipe spécialisée Alzheimer (ESA)

❸ TROUBLES DU COMPORTEMENT

Votre patient présente-t-il des troubles du comportement pouvant avoir un impact sur la prise en charge ?

NON, comportement adapté (passez au ❹)

OUI, prévisibles Précisez ci-dessous :

Troubles du comportement :	Non	Oui mineurs	Oui majeurs
Agitation, agressivité, opposition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etat anxio-dépressif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etat apathique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Désinhibition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre* :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**ex : cris, fugue, pathologie psychiatrique...*

❹ DEFICIENCES SENSORIELLES et LANGAGE (impact sur la vie quotidienne)

- Troubles de la vision NON OUI **Si oui, impact :** NON peu important important :
- Troubles de l'audition NON OUI **Si oui, impact :** NON peu important important :
- Troubles du langage NON OUI **Si oui, impact :** NON peu important important :

COMMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS EVENTUELLES (CONTEXTE, SURVEILLANCE A PREVOIR...)

Souhaitez-vous être présent lors de la visite à domicile ?

NON OUI

Souhaitez-vous que le médecin de la coordination vous contacte ?

NON OUI

Date / /

Signature

Cachet du
Médecin