



## Demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie d'une personne de 60 ans ou plus

(loi n° 2001 - 547 du 20 juillet 2001)

**NOM** ..... **Prénom** .....

**Adresse** .....

Je soussigné(e) le demandeur : .....

le représentant agissant en qualité de .....

- Déclare avoir joint à cette demande les **pièces obligatoires ci-dessous** :
- Mon *extrait d'acte de naissance ou la photocopie du livret de famille ou de ma carte nationale d'identité ou du passeport de la communauté européenne* ; si je suis de nationalité étrangère (hors communauté européenne), la photocopie de ma carte de résidence ou de mon titre de séjour en cours de validité,
  - La *photocopie de mon dernier avis d'imposition ou de non imposition* à l'impôt sur le revenu, et, le cas échéant, de mon conjoint, mon concubin ou de la personne avec laquelle j'ai conclu un pacte civil de solidarité,
  - La *photocopie des derniers relevés des taxes foncières* sur mes propriétés bâties et sur mes propriétés non bâties, et, le cas échéant, ceux de mon conjoint, de mon concubin ou de la personne avec laquelle j'ai conclu un pacte civil de solidarité,
  - Deux **relevés personnels d'identité bancaires ou postaux** (dont 1 original obligatoire) (pour les comptes joints le prénom de la personne désirant bénéficier de l'A.P.A. doit être mentionné, et, en cas de mesure de protection, le RIB doit mentionner la mesure).
- Souhaite joindre un **certificat médical** rempli par mon médecin traitant afin d'apporter des informations complémentaires (modèle joint)
- M'engage à signaler toute modification dans ma situation
- Autorise le Conseil Général à transmettre mon dossier aux caisses de retraite en cas de rejet de l'A.P.A.

Certifie sur l'honneur **l'exactitude des renseignements** figurant dans ce dossier de demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie,

Fait à ....., le .....

Signature

DOSSIER N°

PERSONNE

DAID

# ALLOCATION PERSONNELLE

## A - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DEMANDEUR

<b>Nom</b> (marital pour les femmes)	
<b>Nom de Jeune Fille</b>	
<b>Prénom</b>	
<b>Date et lieu de naissance</b>	
<b>N° de Sécurité Sociale - clé Caisse d'affiliation</b>	_____
<b>Nationalité</b>	Française Ressortissant Union Européenne Autre
<b>Situation de famille</b>	Célibataire, marié(e), divorcé(e), veuf(ve), concubin(e), Pacs, séparé(e)
<b>Pensions et retraites</b> (préciser lesquelles)	Nom de la Caisse de Retraite Principale ..... Autres : ..... .....
<b>Adresse actuelle du lieu où vit le demandeur</b>	<input type="checkbox"/> Domicile <i>Adresse</i> :..... ..... <i>Tél.</i> :..... <input type="checkbox"/> Etablissement d'hébergement pour personnes âgées <i>Date d'entrée</i> :..... <i>Nom et Adresse</i> :..... ..... <input type="checkbox"/> Accueil par un particulier (lien de parenté) <i>Date d'entrée</i> :..... <i>Nom et Adresse de l'accueillant</i> : ..... ..... .....
<b>Dernière adresse personnelle avant l'entrée en Etablissement, ou en Famille d'Accueil ou en Foyer Logement</b>	..... ..... ..... .....

# NALISÉE AUTONOMIE

## B - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE CONJOINT

Nom (marital pour les femmes) : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Lieu : .....

N° de Sécurité Sociale - clé 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Caisse d'affiliation : .....

**Pensions et retraites** (préciser lesquelles)

Est-il retraité ? Nom de la Caisse Principale .....

Est-il en activité ?

**Adresse actuelle :**

Domicile ..... Tél. ....

Etablissement d'hébergement pour personnes âgées Date d'entrée : .....

Nom et Adresse : .....

Accueil par un particulier Date d'entrée : .....

Nom et Adresse de l'accueillant : .....

## C - AUTRES RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DEMANDEUR

**Etes-vous bénéficiaire de :**

	Vous	Votre conjoint
L'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne	<input type="checkbox"/> oui depuis le ..... <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui depuis le ..... <input type="checkbox"/> non
La Majoration Tierce Personne versée par la sécurité sociale	<input type="checkbox"/> oui depuis le ..... <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui depuis le ..... <input type="checkbox"/> non
La Prestation de Compensation du Handicap	<input type="checkbox"/> oui depuis le ..... <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui depuis le ..... <input type="checkbox"/> non
L'aide à domicile au titre de l'aide sociale du Conseil Général	<input type="checkbox"/> oui depuis le ..... <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui depuis le ..... <input type="checkbox"/> non
L'aide à domicile au titre d'une caisse de retraite	<input type="checkbox"/> oui depuis le ..... <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui depuis le ..... <input type="checkbox"/> non

## D - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PATRIMOINE DORMANT

(à renseigner pour le demandeur et, le cas échéant, son conjoint, son concubin ou la personne avec laquelle il a conclu un pacte civil de solidarité) :

Biens immobiliers non productifs de revenus :

- Adresse des propriétés bâties :

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

- Adresse des propriétés non bâties :

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

## VOUS NE VOUS OCCUPEZ PAS DE VOS DÉMARCHES ADMINISTRATIVES

Mentionnez, le cas échéant, si vous faites l'objet d'une mesure de :

- sauvegarde de justice     tutelle     curatelle     mesure d'accompagnement social personnalisé

**Si oui, joindre une photocopie du jugement**

Nom et adresse du tuteur ou de l'association chargé de la gestion des biens :

Nom .....

Adresse .....

Téléphone.....

### Coordonnées (adresse et téléphone)

- d'une "personne de confiance" (de proximité) (loi du 4 mars 2002 sur le droit des malades)

Nom.....

Nature du lien .....  
(ex : enfant, autre membre de la famille, voisin, ami, professionnel)

Adresse .....

Téléphone .....

Vous souhaitez que cette personne de confiance soit présente lors de l'évaluation

- oui     non

- de votre médecin traitant

Nom.....

Adresse .....

Téléphone .....

Vous souhaitez que votre médecin traitant soit informé de l'évaluation au domicile

- oui     non

Le dossier d'ALLOCATION PERSONNALISÉE AUTONOMIE doit être adressé à :

**Monsieur le Président du Conseil Général**  
**Direction Générale des Solidarités - Direction PA / PH / Ets - Pôle APA**  
**30, rue Pierre Bretonneau - B.P. 90142 - 66001 PERPIGNAN CEDEX 1**

## DISPOSITIONS RELATIVES À LA LOI DU 6 JANVIER 1978

Les traitements relatifs à cette demande sont informatisés. Ils sont soumis aux dispositions de la loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978 qui protège les droits et libertés individuels.

Conformément à l'article 27 de cette loi, les personnes auprès desquelles sont recueillies des informations nominatives, sont informées que :

- 1 - Toutes les réponses aux différents questionnaires sont obligatoires, Un défaut de réponse entraînera des retards ou une impossibilité dans l'instruction du dossier.
- 2 - Les destinataires des informations collectées sont exclusivement les administrations et organismes habilités à instruire les demandes.
- 3 - En tout état de cause, les personnes 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 Conseil Général - Direction Générale des Solidarités - 2, rue Joseph Sauvy - B.P. 142 - 66001 PERPIGNAN CEDEX

Mon Cher Confrère,

Votre patient effectue une demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie à domicile auprès du Conseil Général des Pyrénées-Orientales.

Je vous serais obligé de bien vouloir lui remettre sous pli confidentiel ce certificat médical, pièce majeure de son dossier de demande avec l'ensemble du dossier lors du dépôt de la demande.

En effet, son dossier sera examiné par une équipe médico-sociale, astreinte au secret médical, qui participe à l'élaboration d'un plan d'aide personnalisé.

En vous remerciant par avant, je vous prie d'agréer, Mon Cher Confrère, l'expression de mes meilleures salutations.

Le Médecin Coordonnateur  
Direction PA - PH

### ETAT CIVIL DU DEMANDEUR

Nom : ..... Prénom : .....

Date naissance .....

Adresse : .....

.....

Téléphone : .....

Si besoins :      Personne à contacter :.....

Téléphone :.....

### ENVIRONNEMENT

#### **Mode de vie** (à domicile)

totalement seule

Famille d'accueil

milieu entouré (famille – voisins)

accueil de jour

accueil temporaire

#### **Habitat**

Type d'habitation : .....

Accessibilité : .....

Nombre de personnes vivant à domicile : .....

## ÉTAT GÉNÉRAL

Taille : ..... Poids : ..... Dénutrition : .....

Amaigrissement :  
(6 derniers mois)

Escarre : ..... douleurs : .....

.....

## ANTÉCÉDENTS PERSONNELS

Médicaux :  
.....  
.....  
.....

Chirurgicaux :  
.....  
.....  
.....

## PATHOLOGIES ACTUELLES

### Diagnostic principal motivant la demande

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

### Etat neuro-psychologique

Diagnostic .....

Traitement .....

	oui	non	commentaires
<b>Troubles de la mémoire</b>			
<b>Désorientation temporo-spatiale</b>			
<b>Troubles du langage</b>			
<b>Troubles praxiques</b>			
<b>Agitation – agressivité – fugues</b>			
<b>Troubles du sommeil</b>			
<b>Etat dépressif</b>			
<b>Chutes – troubles de l'équilibre</b>			

## AUTRES PATHOLOGIES

	Diagnostic	Commentaires
<b>Fonction locomotrice</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- déficience fonctionnelle</li> <li>- autre</li> </ul>
<b>Etat cardiorespiratoire</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- dyspnée</li> <li>- périmètre de marche</li> <li>- autre</li> </ul>
<b>Fonction digestive</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- mastication/déglutition</li> <li>- incontinence anale</li> <li>- autre</li> </ul>
<b>Fonction urogénitale</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- incontinence</li> <li>- type protection</li> </ul>
<b>Etat sensoriel (visuel + auditif)</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- appareillage</li> </ul>
<b>Endocrinologie</b>		
<b>Pathologie cancéreuse</b>		

## TRAITEMENT

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

## À DOMICILE AIDES ET SOINS DISPENSÉS

Le patient bénéficie-t-il de soins (si oui, cocher et préciser la fréquence)

- soins infirmiers
- kinésithérapie
- pédicurie
- autres soins

Le patient bénéficie-t-il d'aides techniques ? ou en aurait-il besoin ?

### Aide aux transports et nursing

- lit médical .....
- soulève malade .....
- chaise percée .....
- couches .....

### aide à la déambulation

- cannes .....
- déambulatoire .....
- fauteuil roulant .....
- autre .....

### Objectifs souhaités de la demande d'APA en matière d'Aide Humaine

- surveillance stimulation
- prise alimentaire
- courses
- mobilisation
- préparation de repas
- entretien courant

## OBSERVATIONS ÉVENTUELLES

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

souhaitez-vous être contacté par l'équipe médico-sociale du département ?

Date : ..... Téléphone : .....

Cachet et signature