

Pôle solidarités humaines

NOM :PRÉNOM :

COMMUNE :CANTON :

**DEMANDE D'ALLOCATION
PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE
A.P.A.**

☐ à domicile

☐ en établissement

☐ en famille d'accueil

DOSSIER À COMPLÉTER, À SIGNER ET À RETOURNER À L'ADRESSE SUIVANTE :
Pôle solidarités humaines – Direction de l'autonomie – Service aide sociale légale – B.P. 783 –
82013 Montauban cedex
Tel : 05 63 21 42 52 – Fax : 05 63 21 42 94

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DEMANDEUR

ÉTAT CIVIL	DEMANDEUR	CONJOINT OU CONCUBIN OU PARTENAIRE D'UN PACS
Nom de naissance		
Nom marital		
Prénom(s)		
Date et lieu de naissance		
N° de sécurité sociale		
Caisse de retraite		
Nationalité		
Date de fin de validité de la carte de séjour		

Situation familiale :

☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Séparé(e) ☐ Concubin(e)
☐ Veuf(ve) : date du décès du conjoint..... ☐ Autre

Adresse actuelle du demandeur :

Nom et n° de la voie :
Résidence : Bât : Étage :
Code postal : Commune :
N° de téléphone : N° de portable :
Mail :
Date d'arrivée à cette adresse :

S'agit-il : ☐ du domicile ☐ d'un établissement pour personnes âgées ☐ d'une famille d'accueil

Adresse précédente (avant entrée en maison de retraite ou avant domiciliation dans le Tarn-et-Garonne)

Date d'arrivée à cette adresse :

Si le demandeur fait l'objet d'une mesure de protection (cocher la case correspondante) :

☐ Sauvegarde de justice ☐ Tutelle ☐ Curatelle ☐ Curatelle renforcée

Nom et adresse du tuteur ou de l'association tutélaire (joindre copie du jugement) :

.....
.....

Personne pouvant être jointe pour toute demande de renseignements complémentaires :

Nom : Prénom :

Lien de parenté : Téléphone :

Mail :

AUTRES ÉLÉMENTS

- Êtes-vous : ☐ locataire ☐ propriétaire ☐ logé(e) gratuitement

- Êtes-vous propriétaire de biens : ☐ oui ☐ non

(si oui, fournir 1 copie des avis de taxes foncières, et cochez ci-dessous) :

☐ biens immobiliers ☐ en Tarn-et-Garonne et / ou ☐ hors département

- Êtes vous titulaire de placements : ☐ oui ☐ non

(si oui, compléter l'annexe 2, et cochez ci-dessous) :

☐ revenus de capitaux mobiliers ☐ livret ☐ autres (assurance vie...etc)

- Avez-vous procédé à : une donation : ☐ oui ☐ non

une vente : ☐ oui ☐ non

- Avez-vous bénéficié : d'une donation : ☐ oui ☐ non

d'un legs ou d'un héritage : ☐ oui ☐ non

- Bénéficiez-vous actuellement :

Aide	Demandeur		Conjoint, concubin ou personne avec laquelle un PACS a été conclu	
	Cochez la case correspondante			
	OUI	NON	OUI	NON
Majoration pour aide constante d'une tierce personne (MTP)				
Prestation complémentaire pour recours à tierce personne (PC RTP)				
L'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP)				
La prestation de compensation du handicap (PCH)				
L'aide ménagère de votre caisse de retraite				
L'aide ménagère aide sociale départementale				

NB : Dans l'affirmative, joindre toute pièce justificative (se reporter au verso).

Attention : Sans préjudice des paiements en restitution, quiconque aura frauduleusement bénéficié ou tenté de bénéficier des prestations au titre de l'aide sociale, sera puni des peines prévues aux articles 313-1, 313-7 et 313-8 du code pénal (Article L 135-1 du code de l'action sociale et des familles).

Je soussigné(e), agissant en mon nom propre / en ma qualité de représentant du demandeur (*raier la mention inutile*) certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant dans le cadre de la présente demande, déclare avoir pris connaissance des dispositions indiquées ci-dessus, et autorise le Président du Conseil départemental à solliciter auprès des administrations compétentes tout renseignement concernant le demandeur. Je m'engage également à signaler immédiatement tout changement de situation (hospitalisation, décès, changement d'adresse).

Je suis informé(e) que le Département du Tarn-et-Garonne est autorisé à transmettre à l'ensemble des partenaires médico-sociaux (service d'aide à domicile, cabinet infirmier...), toute information concernant mes droits à l'APA (date d'effet du plan d'aide, GIR, nombre d'heures accordées...).

Si mon niveau de perte d'autonomie ne me permet pas de bénéficier de l'APA, j'autorise le Département à transmettre, le cas échéant, mon dossier à ma caisse de retraite : ☐ oui ☐ non

À

Le.....

Nom Prénom :

Signature :

LISTE DES DOCUMENTS À FOURNIR

- ☐ Le dossier de demande complété et signé.
- ☐ Le certificat médical facultatif (ANNEXE 1).
- ☐ Pour les personnes de nationalité française :
 - ☐ une photocopie intégrale du livret de famille OU
 - ☐ une photocopie de la carte nationale d'identité OU
 - ☐ une photocopie du passeport de la Communauté européenne OU
 - ☐ un extrait d'acte de naissance.

 - ☐ une photocopie de la carte nationale d'identité en cours de validité OU
 - ☐ une photocopie du passeport de la Communauté européenne en cours de validité.
- ☐ Pour les personnes de nationalité étrangère hors Communauté européenne :
 - ☐ une photocopie de la carte de résidence en cours de validité OU
 - ☐ une photocopie du titre de séjour en cours de validité.
- ☐ Une photocopie intégrale du dernier avis d'imposition ou de non imposition à l'impôt sur le revenu du demandeur, de son conjoint, de son concubin ou du partenaire d'un PACS.
Pour une demande déposée entre janvier et août de l'année N : fournir l'avis d'imposition ou de non-imposition de l'année N-2 ; de septembre à décembre, celui de l'année N-1.
- ☐ Une photocopie intégrale du dernier avis de taxe foncière pour toute propriété :
 - ☐ immeuble bâti ou non, en Tarn-et-Garonne et/ou autre département.
- ☐ Un relevé d'identité bancaire (R.I.B.) ou postal (R.I.P.) établi au nom du demandeur ou de son tuteur.
- ☐ Le relevé des capitaux mobilier à compléter (ANNEXE 2).
- ☐ Imprimé concernant le patrimoine immobilier complété (ANNEXE 3).
- ☐ Une copie de tout justificatif d'aide perçue.
- ☐ Le cas échéant, l'imprimé de demande de Carte de Mobilité Inclusion complété (ANNEXE 4).

DISPOSITIONS RELATIVES À LA LOI DU 6 JANVIER 1978 :

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 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 indisponibilité 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 Conseil départemental
Pôle solidarités humaines - B.P. 783
82013 MONTAUBAN CEDEX

Allocation Personnalisée d'Autonomie

Pôle solidarités humaines

Certificat médical

Nom patronyme Nom d'épouse

Prénoms Né(e) le

Adresse

Tél. / / / /

Taille m Poids kg Amaigrissement (6 derniers mois) kg

Déficiences

Intellectuelles

Détérioration intellectuelle

oui ☐

Retentissement

non ☐

Si oui, joindre un M.M.S.

Troubles psychiques invalidants

profond ☐

sévère ☐

moyen ☐

absent ☐

(psychose, troubles de l'humeur, replis sur soi, phobies)

Déficience intermittente de la conscience

oui ☐

non ☐

(syncopes, épilepsie)

Déficience des fonctions psychomotrices

- lenteur, fatigabilité

oui ☐

non ☐

- hyperactivité, agitation

oui ☐

non ☐

diurne ☐

nocturne ☐

- fugues

oui ☐

non ☐

Pathologies causales ⁽¹⁾ : alcoolisme - dépression - démence - délire - psychose - troubles caractériels - névroses

Autres :

Psychotropes : (lesquels)

Langage et parole

Aphasie, mutisme, dyslexie

oui ☐

Retentissement

non ☐

Déficience vocale (paralysie laryngée,
larynx artificiel, voie œsophagienne)

oui ☐

non ☐

Pathologies causales ⁽¹⁾ : accident vasculaire cérébral - néoplasme

Autres :

Appareil auditif

En cas de retentissement profond et sévère, joindre un certificat ORL

Avec appareillage Retentissement
Perte ou déficience auditive bilatérale profond ☐ sévère ☐ moyen ☐ absent ☐

Pathologies causales :
.....
.....

Appareil oculaire

En cas de retentissement profond ou sévère, joindre un certificat ophtalmologique

Avec correction Retentissement
Déficience visuelle des deux yeux profond ☐ sévère ☐ moyen ☐ absent ☐

Pathologies causales ⁽¹⁾ : cataracte - glaucome - dégénérescence maculaire
Autres :
.....

Appareil cardio-respiratoire

	Retentissement			
	Profond	Sévère	Moyen	Absent
Dyspnée				
de repos	☐	☐	☐	☐
d'effort	☐	☐	☐	☐
Angor				
de repos	☐	☐	☐	☐
d'effort	☐	☐	☐	☐

Oxygénothérapie au long cours ☐ oui ☐ non

Pathologies causales ⁽¹⁾ : artériopathie - hypertension - insuffisance cardiaque - ischémie - myocardique - trouble rythme et de la conduction - pathologie veineuse - bronchopneumopathie chronique - emphysème - asthme - anémie
Autres :
.....

Fonction digestive

	Retentissement	
Mastication	oui ☐	non ☐
Déglutition	oui ☐	non ☐
Diarrhée chronique	oui ☐	non ☐
Constipation	oui ☐	non ☐
Incontinence fécale	oui ☐	non ☐
	diurne ☐	nocturne ☐
Stomie	oui ☐	non ☐

Pathologies causales ⁽¹⁾ : colopathies non néoplastiques - cirrhose ou hépatite compliquées - pathologie gastrique et biliaire néoplasme
Autres :
.....

Fonction urinaire

Polyurie profond ☐ sévère ☐ moyen ☐ absent ☐
Incontinence urinaire oui ☐ non ☐
diurne ☐ nocturne ☐

Pathologies causales :

Appareil locomoteur et équilibration

droitier ☐

gaucher ☐

	Profond	Retentissement Sévère	Moyen	Absent
Déficience fonctionnelle du M.S.D.	☐	☐	☐	☐
Déficience fonctionnelle du M.S.G.	☐	☐	☐	☐
Déficience fonctionnelle du M.I.D.	☐	☐	☐	☐
Déficience fonctionnelle du M.I.G.	☐	☐	☐	☐
Claudication intermittente	☐	☐	☐	☐
Station unipodale possible (5 s)	oui ☐		non ☐	
Vertiges et chutes (susceptibilité aux chutes, sujet emporté par son élan)	oui ☐		non ☐	
Aide matérielle aux déplacements ⁽¹⁾ :	oui ☐		non ☐	

Canne, fauteuil roulant, déambulateur, autres :

Pathologies causales ⁽¹⁾ : Arthropathies - fractures - amputations - Parkinson - accidents vasculaires cérébraux
Autres :

Autres pathologies ⁽¹⁾

Endocriniennes ⁽¹⁾ : Dénutrition - diabète - déshydratation - troubles ioniques - dysthyroïdie

Autres :

Néoplasies :

Escarres : oui ☐ non ☐

Ulcères cutanés : oui ☐ non ☐

Commentaire éventuel :

Date

Signature

Cachet du médecin

⁽¹⁾ Rayer les mentions inutiles

- ◆ A = Fait seule habituellement
- ◆ B = Fait partiellement
- ◆ Ne fait pas

Grille nationale AGGIR facultative

Variables discriminantes		
Cohérence <i>Converser et/ou se comporter de façon sensée</i>		
Orientation <i>Se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux</i>		
Toilette <i>Concerne l'hygiène corporelle</i>	<i>haut bas</i>	
Habillage <i>S'habiller, se déshabiller, se présenter</i>	<i>haut bas moyen</i>	
Alimentation <i>Manger des aliments préparés</i>	<i>se servir manger</i>	
Elimination <i>Assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale</i>	<i>urinaire anale</i>	
Transferts <i>Se lever, se coucher, s'asseoir</i>		
Déplacements à l'intérieur <i>Avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant...</i>		
Déplacements à l'extérieur <i>À partir de la porte d'entrée sans moyen de transport</i>		
Communication à distance <i>Utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme</i>		

Variables illustratives		
Gestion <i>Gérer ses propres affaires, son budget, ses biens</i>		
Cuisine <i>Préparer ses repas et les conditionner pour être servis</i>		
Ménage <i>Effectuer l'ensemble des travaux ménagers</i>		
Transports <i>Prendre et/ou commander un moyen de transport</i>		
Achat <i>Acquisition directe ou par correspondance</i>		
Suivi du traitement <i>Se conformer à l'ordonnance du médecin</i>		
Activités de temps libre <i>Activités sportives, culturelles, sociales, de loisirs ou de passe-temps</i>		

Groupe OSI-ressources :

RELEVÉ DES CAPITAUX MOBILIERS
(imposables ou non de l'année précédente)

NOM :

Prénom :

Commune :

A joindre impérativement par le demandeur ou son représentant légal au dossier de demande d'APA.

Produits financiers		Montant demandeur	Montant conjoint *	Imposable	
				oui	non
1	Livret A				
2	Livret d'Épargne Populaire (LEP)				
3	Livret Développement Durable (LDD)				
4	Plan d'Épargne Logement (PEL)				
5	Compte Épargne Logement (CEL)				
6	SICAV et fonds communs de placements				
7	Assurances vie				
8	Plan d'Épargne Populaire (PEP)				
9	Plan d'Épargne Retraite Populaire (PERP)				
10	PEA Compte Titre				

* ou concubin ou personne avec laquelle il a été conclu un PACS

À

Le

Signature,

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PATRIMOINE

A renseigner pour le demandeur, son conjoint ou la personne avec laquelle il a conclu un pacte civil de solidarité (PACS).

NOM:.....

Prénom:.....

Avez-vous des biens immobiliers : ☐ oui ☐ non

➔ Résidence principale : ☐ oui ☐ non

• êtes-vous occupant : ☐ oui ☐ non

• si non :

➤ Le bien est-il loué : ☐ oui ☐ non

➤ qui est l'occupant :

➔ Résidence secondaire : ☐ oui ☐ non

• le bien est-il loué : ☐ oui ☐ non

➔ propriétés non bâties : ☐ oui ☐ non

• les biens sont-ils loués : ☐ oui ☐ non

Joindre obligatoirement les dernier relevés de taxes foncières **RECTO-VERSO** ou les relevés de propriété (si vous n'êtes pas imposable).

Date :

Signature :

DEMANDE DE CARTE DE MOBILITÉ INCLUSION *
(Carte Mobilité Inclusion d'invalidité et/ou de stationnement)

POUR LES PERSONNES CLASSÉES EN GIR 1 OU GIR 2 UNIQUEMENT
(Conformément au Décret N°2016-2010 du 26 février 2016)

NOM D'USAGE :

NOM DE NAISSANCE :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE :
.....
.....

- je souhaite bénéficier de la Carte de Mobilité Inclusion Invalidité (CMI-I) prévue à l'article L.241-3-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles :
 - ☐ OUI
 - ☐ NON

- je souhaite bénéficier de la Carte de Mobilité Inclusion Stationnement (CMI-S) prévue à l'article L.241-3-2 du Code de l'Action Sociale et des Familles :
 - ☐ OUI
 - ☐ NON

À réception de la décision d'APA attestant d'un GIR 1 ou d'un GIR 2, transmettre à la MDPH - 28 rue de la Banque - 82000 MONTAUBAN :

- un justificatif de domicile,
- un justificatif d'identité,
- une copie de la décision d'APA.

Fait à, le

Signature