



L'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE



NOTICE D'INFORMATION

Instaurée par la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 et modifiée par les lois n° 2003-289 du 31 mars 2003 et n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) est destinée à améliorer la prise en charge de la personne âgée en perte d'autonomie, en lui permettant de recourir aux aides dont elle a besoin pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie.

Elle constitue une prestation en nature, personnalisée et universelle. Elle doit être affectée à une dépense liée à la dépendance. Son montant sera modulé selon le degré de perte d'autonomie et le montant des revenus du demandeur.

Les sommes versées au titre de l'APA ne font pas l'objet d'un recouvrement sur la succession du bénéficiaire, sur le légataire ou sur le donataire.

CONDITIONS À REMPLIR POUR PRÉTENDRE À L'APA

■ Être âgé d'au moins 60 ans.

■ Résider en France de façon stable et régulière :

- les personnes de nationalité étrangère devront attester la régularité de leur séjour sur le territoire national par un titre de séjour en cours de validité ;
- les personnes sans résidence stable devront élire domicile auprès d'un organisme public agréé à cet effet.

■ Être en perte d'autonomie.

L'APA est destinée à la personne qui, en plus des soins qu'elle reçoit, a **besoin d'une assistance pour accomplir les actes essentiels de la vie** (se lever, se vêtir, se nourrir...) ou lorsque son état nécessite une surveillance régulière.

Le degré de perte d'autonomie est évalué par référence à la grille nationale AGGIR (autonomie, gérontologie, groupe iso ressources). Seules les personnes classées dans les groupes iso-ressources (GIR) de 1 à 4 bénéficient de l'APA.

L'APA n'est pas cumulable avec :

- l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) ;
- la prestation de compensation du handicap (PCH) ;
- la majoration pour aide constante d'une tierce personne (MTP) ;
- l'aide ménagère prise en charge au titre de l'aide sociale départementale ;
- l'aide ménagère versée par les organismes de retraite.





LES RESSOURCES

L'APA n'est pas soumise à condition de ressources, toutefois, une participation est laissée à la charge du bénéficiaire, calculée en fonction de ses revenus.

Il est tenu compte des revenus déclarés de l'année de référence, des revenus ne figurant pas sur l'avis d'imposition, des revenus tirés des intérêts des capitaux placés, qu'ils soient ou non imposables, des biens ou capitaux qui ne sont ni exploités, ni placés, appartenant au demandeur, mais également à son conjoint, son concubin ou à la personne avec laquelle il a conclu un pacte civil de solidarité (PACS).

ÉLABORATION DU PLAN D'AIDE

L'instruction de la demande d'APA est effectuée par les services du Conseil départemental. Outre les vérifications administratives, l'instruction de la demande d'APA comprend l'évaluation du degré de perte d'autonomie, l'analyse des besoins, l'élaboration du plan d'aide et l'évaluation du droit au répit de l'aidant.

Cette évaluation est assurée par une équipe médico-sociale, dont l'un au moins des membres peut se rendre au domicile du demandeur pour évaluer ses besoins. Le médecin territorial statue sur le degré de perte d'autonomie, au vu du certificat médical préalablement établi par le médecin traitant du demandeur et de l'évaluation des besoins faite à domicile. Le médecin territorial participe à la validation du plan d'aide. Le plan d'aide tiendra compte des interventions médico-sociales mises en œuvre (infirmières diplômées d'État (IDE), services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), hospitalisation à domicile (HAD), etc.) ainsi que de celles pouvant être recommandées.

L'APA sera affectée aux dépenses figurant dans le plan d'aide. Elle servira à financer tout ou partie des coûts de l'aide à domicile, de certaines aides techniques, des dépenses d'accueil temporaire [avec ou sans hébergement] dans les établissements autorisés à cet effet, ainsi que des dépenses d'accueil familial à titre onéreux.

Le bénéficiaire peut employer un membre de sa famille, à l'exception de son conjoint, de son concubin ou de la personne avec laquelle il a conclu un PACS

LES AIDES À L'AIDANT

Un aidant non professionnel est un proche (conjoint, membre de la famille, voisin ou ami...) qui apporte de façon régulière et constante des aides et/ou une surveillance auprès du demandeur, sans en être rémunéré. Si l'aide et la présence sont évaluées comme indispensables au maintien à domicile et que cet aidant ne peut être remplacé par un autre aidant non professionnel, la loi d'Adaptation de la société au vieillissement a prévu des possibilités de prises en charge supplémentaires :

- aide au répit de l'aidant ;
- aide au relais de l'aidant hospitalisé.


Une majoration du plan d'aide pour l'accès aux aides au répit de l'aidant est possible, dans la limite de 500 € annuels au-delà du plafond du GIR. L'aide au répit de l'aidant est intégrée dans le plan d'aide du bénéficiaire. Elle peut prendre la forme d'heures d'aides pour le répit de l'aidant et/ou d'un hébergement temporaire et/ou d'un accueil de jour.

En cas d'hospitalisation de l'aidant une prise en charge financière est possible dans la limite de 993 € au-delà du plafond du GIR (par hospitalisation). Les services du Conseil départemental doivent être saisis dès connaissance de la date d'hospitalisation de l'aidant pour étude d'une éventuelle attribution d'une aide complémentaire sous la forme d'heures d'aide humaine ou d'un accueil temporaire.

DÉCISION D'ATTRIBUTION

L'évaluation réalisée permet de proposer au Président du Conseil départemental un montant de l'APA correspondant aux besoins de la personne âgée en fonction du classement GIR et du montant de ses ressources.

Si l'APA est attribuée, la décision, prise par le Président du Conseil départemental, notifiée au demandeur, mentionnera le montant mensuel de l'allocation attribuée, le montant de la participation financière laissée à la charge du bénéficiaire et la date d'effet de l'allocation.



Les droits à l'APA sont ouverts à compter de la date de la décision du Président du Conseil départemental, avec un effet au plus tard deux mois après accusé de réception du dossier complet.

En cas de contestation, le demandeur peut exercer un recours amiable à l'encontre de la décision du Président du Conseil départemental ou un recours contentieux devant la commission départementale d'aide sociale (CDAS) dans un délai de deux mois.

Dans le délai d'un mois à compter de la notification de la décision d'attribution de la prestation, le bénéficiaire doit déclarer au Président du Conseil départemental le(s) salarié(s) qu'il emploie, même en cas d'utilisation du Chèque emploi service universel (CESU). À défaut, le versement de l'allocation personnalisée d'autonomie peut être suspendu.

En cours de droits à l'APA, le bénéficiaire peut changer de salarié ou de prestataire pour les interventions à son domicile. Il devra alors informer le Département par courrier en mentionnant le nouvel intervenant ainsi que la date d'effectivité du changement. Une nouvelle décision prenant en compte ce changement sera prise par le Président du Conseil départemental.

Le bénéficiaire est tenu de produire tous les justificatifs de dépenses correspondant au montant de l'APA qu'il perçoit et au montant de sa participation financière. Les simples tickets de caisse ne sont pas acceptés, le bénéficiaire est tenu de transmettre des factures nominatives acquittées.

L'allocation sera attribuée pour une durée de 3 ans maximum et pourra faire l'objet d'un renouvellement à l'issue de cette période. Cependant, une révision avant ce délai reste possible, soit à l'initiative du Président du Conseil départemental si des éléments nouveaux significatifs modifient la situation du bénéficiaire (tels que changement de GIR, défaillance de l'aidant ...) soit, à la demande de l'intéressé ou de son représentant légal.

En cas d'urgence médicale, évaluée par le médecin territorial, conjuguée à une situation d'urgence sociale attestée, le Président du Conseil départemental pourra attribuer l'APA à titre provisoire, sous réserve de frais réels engagés et justifiés. Les critères d'urgence retenus sont : les situations de grande dépendance (GIR 1, 2 ou 3) de survenue récente ou en cas de défaillance de l'aidant et nécessitant l'intervention quotidienne d'une auxiliaire de vie sociale, conjuguée à une situation financière rendant impossible l'accès aux aides nécessaires.

LE MONTANT DE L'APA

Le montant de l'APA attribuée dépend des besoins de la personne dépendante, évalués par l'équipe médico-sociale lors de l'établissement du plan d'aide, ainsi que de son lieu de vie (à domicile, en foyer logement ou en accueil familial).

Le montant maximum du plan d'aide attribuable est fixé par un barème arrêté au niveau national, soit au 1^{er} janvier 2017 :

GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4
1714,79 €	1376,91 €	994,87 €	663,61 €

Le montant de l'APA versée par le Conseil départemental dépend :

- de la fraction du plan d'aide utilisée par le bénéficiaire ;
- d'un ticket modérateur, à savoir la participation financière laissée à la charge du bénéficiaire calculée en fonction de ses ressources.

La participation financière du bénéficiaire de l'APA ne pourra pas dépasser 90 % du montant de l'APA. Les personnes disposant de ressources mensuelles inférieures à **800 €**, **en seront exonérées**. La participation financière est calculée selon une formule définie à l'article R 232-11 du Code de l'action sociale et des familles, à savoir :

1. pour les personnes dont les ressources sont comprises entre **800 €** et **2948,16 €**, leur participation est dégressive en fonction des fractions du plan d'aide ;
2. pour les personnes dont les ressources sont supérieures à **2948,16 €**, leur participation est égale à 90 % de la fraction du plan d'aide.

Lorsque l'intéressé vit à domicile en couple (mariage, concubinage, PACS), la participation est calculée sur le total des ressources du couple divisé par 1,7.

Lorsque le conjoint de l'intéressé vit en structure (EHPAD, résidence autonomie...), la participation est calculée sur le total des ressources du couple divisé par 2.



LE VERSEMENT DE L'APA

Le premier versement de l'APA intervient le mois suivant celui de la décision d'attribution. Il peut comprendre le versement rétroactif de l'allocation due à compter de la date de la notification de la décision du Président du Conseil départemental.

L'APA, sauf avis contraire du bénéficiaire, est versée directement aux services prestataires d'aide à domicile intervenant (sauf pour les résidences services dispensant des services d'aide à domicile auprès des personnes qui y résident).

L'APA n'est pas versée lorsque son montant mensuel, après déduction de la participation financière du demandeur, est inférieur ou égal à trois fois la valeur brute du salaire horaire minimum de croissance (SMIC), soit 29,28 € au 1^{er} janvier 2017.

Tout changement intervenant dans la situation de l'allocataire (hospitalisation, entrée en établissement, séjours divers hors du domicile, etc.) doit être signalé au Président du Conseil départemental.

En cas d'hospitalisation du bénéficiaire dans un établissement de santé pour y recevoir des soins de courte durée, de suite ou de réadaptation :

■ pendant les 30 premiers jours d'hospitalisation

- lorsque le bénéficiaire fait appel à un service prestataire, l'allocation peut être maintenue dans la limite maximale de 3 heures d'intervention par semaine, ou 13 heures dans le mois, sous réserve qu'elle soit exclusivement destinée à l'allocataire et qu'elle soit justifiée par l'entretien du linge ou le ménage effectué avant le retour au domicile ;
- lorsque le bénéficiaire emploie une personne à son domicile, directement ou en faisant appel à un service mandataire, le montant du versement peut être maintenu s'il est justifié par la production du bulletin de salaire correspondant, compte tenu des obligations liées au contrat de travail.

■ dans tous les cas, l'APA est suspendue dès le 31^{ème} jour d'hospitalisation

CONTRÔLE DE L'EFFECTIVITÉ DE L'AIDE PERÇUE PAR LE BÉNÉFICIAIRE

Le bénéficiaire doit conserver tout justificatif de dépenses (factures du prestataire, attestation chèques emploi-service, bulletins de salaire, factures nominatives acquittées pour les changes, le portage de repas, la téléalarme, l'accueil de jour et l'hébergement temporaire en établissement) permettant ainsi aux services du Conseil départemental de vérifier l'utilisation effective de l'APA.

Ce contrôle est en principe trimestriel ; en cas de trop perçu, le Département procède alors à une récupération des montants induement perçus. Le bénéficiaire est alors invité à fournir les factures justificatives manquantes. En cas d'impossibilité de justifier les sommes, un titre de recette est émis auprès de la paierie départementale qui s'occupera du recouvrement de la somme.

Maison départementale de l'autonomie
Centre Jean Monnet
12 quai de Bootz
CS 21429
53014 LAVAL CEDEX
Tél. : 02 43 677 577 - Fax : 02 43 67 75 98
Mail : mda@lamayenne.fr



Numéro de Dossier :

☐ **APA à Domicile**

(y compris Résidence autonomie, et Logement Foyer)

☐ **APA en Etablissement**

☐ 1^{ère} demande

☐ Révision

☐ Nouvelle demande après refus

ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE (pour une personne âgée de 60 ans et plus)

NOM du demandeur :

Prénoms :

Adresse :

Téléphone :

Courriel :

Coordonnées de la personne référente à contacter pour rendez-vous au domicile (si nécessaire)

NOM :

Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Courriel :

Qualité :

- ☐ Enfant
- ☐ Conjoint
- ☐ Parent
- ☐ Représentant légal
- ☐ Autre

☐ Souhaite être présent lors de la
visite d'évaluation

Coordonnées du médecin traitant

NOM :

Adresse :

Téléphone :

Ce document doit être rempli avec le plus grand soin.

Toutes les rubriques doivent être complétées.

Fournir tous les documents et justificatifs (photocopies) indiqués dans la liste figurant sur le feuillet 1.

CETTE DEMANDE NE POURRA ETRE TRAITÉE QUE SI LE DOSSIER EST COMPLET

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

IDENTITE DU DEMANDEUR

	DEMANDEUR	CONJOINT(E), CONCUBIN(E) OU PACSÉ(E)
NOM d'usage pour les femmes		
NOM de famille (nom de naissance))		
PRÉNOMS		
DATE ET LIEU DE NAISSANCE		
SEXE	<input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin	
NATIONALITÉ	<input type="checkbox"/> France <input type="checkbox"/> Union Européenne <input type="checkbox"/> Autre (à préciser)_____	<input type="checkbox"/> France <input type="checkbox"/> Union Européenne <input type="checkbox"/> Autre (à préciser)_____
SITUATION DE FAMILLE	<input type="checkbox"/> marié <input type="checkbox"/> pacsé <input type="checkbox"/> concubin <input type="checkbox"/> divorcé <input type="checkbox"/> veuf <input type="checkbox"/> célibataire	
PROTECTION ADMINISTRATIVE OU JURIDIQUE *	<input type="checkbox"/> sauvegarde de justice <input type="checkbox"/> curatelle <input type="checkbox"/> tutelle <input type="checkbox"/> habilitation familiale <input type="checkbox"/> mandat de protection future	<input type="checkbox"/> sauvegarde de justice <input type="checkbox"/> curatelle <input type="checkbox"/> tutelle <input type="checkbox"/> habilitation familiale <input type="checkbox"/> mandat de protection future
CAISSE DE RETRAITE PRINCIPALE		
N° DE SECURITE SOCIALE		

*Le cas échéant : précisez le Nom et l'adresse du représentant légal sur la 1ère page (coordonnées de la personne référente).

DEMANDEUR	CONJOINT(E), CONCUBIN(E) OU PACSÉ(E)
Adresse : _____	Adresse (si différente du demandeur): _____
<input type="checkbox"/> domicile personnel Est-il locataire ? OUI – NON Est-il propriétaire ? OUI - NON <input type="checkbox"/> résidence autonomie ou logement-foyer <input type="checkbox"/> établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (ou maison de retraite) <input type="checkbox"/> au domicile d'un accueillant familial à titre onéreux <input type="checkbox"/> d'une résidence service ou autre structure collective <input type="checkbox"/> autre (à préciser : _____)	

Adresses précédentes du demandeur (autres qu'une résidence autonomie (ou logement-foyer) ou une maison de retraite) - **(OBLIGATOIRE : pour déterminer le Département compétent) :**

Du au : Adresse :

Du au : Adresse :

Du au : Adresse :

VOTRE DEMANDE

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Le demandeur est-il bénéficiaire :

- D'une majoration pour aide constante d'une tierce personne (MTP) ou Pension d'invalidité 3^{ème} catégorie ?
☐ OUI ☐ NON Précisez date ouverture du droit :
- D'une prestation complémentaire pour recours à tierce personne (PC RTP) ?
☐ OUI ☐ NON Précisez date ouverture du droit :
- D'une allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) ?
☐ OUI ☐ NON
- D'une prestation de compensation du handicap (PCH) ?
☐ OUI ☐ NON
- D'une aide-ménagère prise en charge par :
 - Le Département de la Mayenne : ☐ OUI ☐ NON
 - Votre caisse de retraite : ☐ OUI ☐ NON
 - Une caisse complémentaire : ☐ OUI ☐ NON
 - Autre (mutuelle, assurance) : ☐ OUI ☐ NON Précisez l'organisme :

ATTENTION : Aucune de ces prestations n'est cumulable avec l'Allocation Personnalisée d'Autonomie

PATRIMOINE DU FOYER

Indiquer « Néant » si aucun **BIEN IMMOBILIER**

I - ADRESSE DE TOUS LES BIENS IMMOBILIERS	
Joindre une copie de la taxe foncière propriétés bâties ou non (demandeur, son conjoint, concubin, pacsé)	Préciser si le bien est loué ou non

Indiquer « Néant » si aucun **CONTRAT D'ASSURANCE-VIE**

II - MONTANT DES CONTRATS D'ASSURANCE-VIE	
Joindre une copie du relevé annuel d'information bancaire et assurantiel (demandeur, son conjoint, concubin, pacsé)	Préciser le montant de chaque contrat

DEMANDE D'UNE CARTE MOBILITE INCLUSION (CMI)

- | | |
|--|---|
| Souhaitez-vous bénéficier d'une CMI avec mention priorité ou invalidité ? | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| Souhaitez-vous bénéficier d'une CMI avec mention stationnement ? | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PROCHES AIDANTS DU DEMANDEUR (FACULTATIF)

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

A – RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

	AIDANT 1	AIDANT 2	AIDANT 3
NOM D'USAGE (POUR LES FEMMES)			
NOM DE FAMILLE (NOM DE NAISSANCE)			
PRENOM			
DATE DE NAISSANCE			
LIEU DE RESIDENCE			
TELEPHONE			
NATURE DU LIEN AVEC LE DEMANDEUR DE L'APA			

B – NATURE DE L'AIDE APPORTÉE AU DEMANDEUR DE L'APA

Par exemple : accompagnement dans les déplacements à l'extérieur de votre domicile, courses... accompagnement dans les actes de la vie quotidienne (toilette, habillage, alimentation...)

	AIDANT 1	AIDANT 2	AIDANT 3
NATURE DE L'AIDE			
DURÉE ET PÉRIODICITÉ DE L'AIDE APPORTÉE			

C – PERSONNES POUVANT APPORTER UN RELAIS À L'AIDANT

D - EXPRESSION DE VOS BESOINS

ENGAGEMENT DE LA DEMANDE

Je soussigné(e), agissant,
en mon nom propre ⁽²⁾
en ma qualité de représentant légal ⁽²⁾ de :

- certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus qui sont fournis dans le cadre d'une demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie ;
- autorise, le cas échéant, la transmission par le Président du Conseil départemental, des éléments utiles du dossier aux institutions compétentes (Caisses de retraites, etc.).

Fait à :

Signature du demandeur (ou représentant légal),

le : / /

(2) Rayez la mention inutile



Liste des pièces à joindre

dans le cadre d'une demande
d'allocation personnalisée d'autonomie

DIRECTION DE L'AUTONOMIE
DIRECTION DU CADRE DE VIE DE
LA PERSONNE

Service Instruction des droits à
compensation

- ☐ une photocopie du livret de famille,
ou de la carte nationale d'identité,
ou d'un passeport de la Communauté européenne,
ou d'un extrait ou d'un acte de naissance ;

si le demandeur n'est pas un ressortissant d'un pays membre de l'Union
Européenne, une photocopie de sa carte de résidence ou de son titre de séjour ;
- ☐ une photocopie du dernier avis d'imposition ou de non imposition au titre de
l'impôt sur le revenu des personnes physiques (IRPP), concernant le demandeur et
son conjoint, son concubin, ou la personne avec qui il a été conclu un pacte civil de
solidarité (PACS),
et tous justificatifs de pensions, allocations perçues, ainsi que tous éléments
relatifs aux revenus et au patrimoine ne figurant pas sur la déclaration fiscale
- ☐ la fiche « relevé de capitaux d'assurance vie » complété par les banques et les
organismes assuranciers, le cas échéant copie du relevé annuel de chaque contrat
d'assurance vie
- ☐ une photocopie du dernier relevé des taxes foncières sur les propriétés bâties ou
non bâties, pour tous les biens immobiliers appartenant au demandeur ; ou une
attestation sur l'honneur si la personne ne possède pas de propriété ;
- ☐ un relevé d'identité bancaire ou postal (RIB ou RIP). Ce relevé doit être celui du
bénéficiaire ou futur bénéficiaire de la prestation et non celui d'un parent ;
- ☐ un certificat médical complété et signé par le médecin traitant du demandeur (joint
au dossier, sous pli confidentiel destiné au médecin territorial) pour l'APA à
domicile,
ou la grille d'évaluation établie par le médecin coordonnateur pour les personnes
admises en établissement ;
- ☐ pour toute personne protégée, une photocopie du jugement désignant un tuteur ou
un curateur chargé de la représenter.

Maison départementale de
l'autonomie
Centre Jean Monnet
12 quai de Bootz
CS 21429
53014 LAVAL CEDEX

☎ 02 43 677.577
📠 02 43 59 96 40
✉ mda@lamayenne.fr

www.lamayenne.fr

- ☐ Pour une demande de Carte Mobilité Inclusion (CMI), joindre les derniers bilans en votre possession :
- bilan ophtalmologique (uniquement en cas de déficience visuelle avec un retentissement significatif),
 - Audiogramme (uniquement en cas de problèmes auditifs) – Bilan réalisé par un ORL ou un autre professionnel,

Si ces documents ne sont pas fournis, votre demande sera étudiée au regard des seuls éléments médicaux indiqués dans le certificat médical.

En cas de fausse déclaration ou de dissimulation d'éléments demandés, l'aide sociale accordée peut être récupérée par le Conseil départemental sans limitation de durée. Par ailleurs toute personne qui perçoit ou tente de percevoir frauduleusement des prestations au titre de l'aide sociale commet un délit d'escroquerie et encourt 5 ans de prison et 750 000 € d'amende.

**RÈGLES RELATIVES À VOTRE DROIT D'ACCÈS
AUX INFORMATIONS VOUS CONCERNANT
CONTENUES DANS LES FICHIERS DE L'ADMINISTRATION
(Loi du 6 janvier 1978)**

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique permettant, à la Maison départementale de l'autonomie, l'instruction des demandes d'aide sociale en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées.

Elles sont destinées exclusivement aux services du Conseil départemental de la Mayenne.

Conformément à la loi « informatique et liberté », vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en vous adressant à la MDA : Centre Jean Monnet - 12 quai de Bootz - CS 21429 - 53014 LAVAL cedex.

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)



DIRECTION DE L'AUTONOMIE
DIRECTION DU CADRE DE VIE DE
LA PERSONNE

Service instruction des droits à
compensation

Le

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

DANS LE CADRE D'UNE DEMANDE

D'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE

JE, SOUSSIGNÉ(E)

M.....

NÉ(E) LE

À

ATTESTE ET CERTIFIE

NE PAS PAYER DE TAXES FONCIÈRES SUR LES PROPRIÉTÉS BATIES ET NON BATIES

AU TITRE DE L'ANNÉE

☐ NI MON CONJOINT *

☐ NI MON CONCUBIN *

☐ NI LA PERSONNE AVEC LAQUELLE J'AI CONCLU UN
PACTE CIVIL DE SOLIDARITÉ *

FAIT POUR SERVIR ET VALOIR CE QUE DE DROIT.

Signature du demandeur,

Maison départementale de l'autonomie
Centre Jean Monnet
12 quai de Bootz
CS 21429
53014 LAVAL CEDEX

☎ 02 43 677 577
☎ 02 43 59 96 40
✉ mda@lamayenne.fr

www.lamayenne.fr

* cocher la case correspondante et rayer les mentions inutiles

RELEVÉ DES CAPITAUX PLACÉS D'ASSURANCE VIE - ANNÉE _ _ _ _

(À REMPLIR PAR LE OU LES ÉTABLISSEMENT(S) BANCAIRE(S) ET/OU ASSURANCIEL(S) - À NOUS RETOURNER IMPÉRATIVEMENT)

Nom du ou des requérant(s) :

Adresse :

PRODUITS	CAPITAL DU DEMANDEUR	CAPITAL DU CONJOINT, CONCUBIN OU PACSÉ
Possédez-vous des contrats d'épargne correspondant à des Assurances Vie ? : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		

ATTENTION !

Ce justificatif conditionne
la recevabilité de la
demande d'APA (selon la
Loi ASV du 28/12/2015).

Je soussigné : (Titulaire du compte ou Représentant légal)

NOM :

PRÉNOM :

NOM de JEUNE FILLE :

Qualité :

Adresse :

.....

Autorise les organismes bancaires ou assuranciers à
fournir tous renseignements utiles sur le montant des
capitaux placés d'assurance vie.

Le

Signature

Visa de l'établissement bancaire :

L'établissement bancaire atteste que

M

n'a pas, à ce jour, dans notre établissement, d'autre
forme d'épargne d'assurance vie que celle indiquée ci-
dessus

A

Le