

Votre dossier complet
d'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE
est à renvoyer à la Maison Loire Autonomie
dont dépend votre commune.



 **04 7749 91 91**
UN NUMÉRO UNIQUE

COMMENT REMPLIR VOTRE DOSSIER ?

- Allocation personnalisée d'autonomie (APA)
- Aide sociale à l'hébergement
- Services ménagers



DÉPARTEMENT DE LA LOIRE - DÉPÔT LÉGAL : 10/2015 - Crédit photos : fotolia

QUELLES PAGES COMPLÉTER EN FONCTION DE VOTRE DEMANDE ?

APA

Remplir l'ensemble des documents **BLEUS**



Services ménagers et Aide sociale à l'hébergement

Remplir l'ensemble des documents **ROSES**.



OÙ ADRESSER VOTRE DEMANDE ?

APA

2 possibilités :

- À la Maison Loire Autonomie dont dépend votre commune (*voir liste au dos*).
- Au Centre communal d'action sociale de votre mairie (*qui transmettra votre dossier sous 48 heures à la Maison Loire Autonomie*).

Services ménagers et Aide sociale à l'hébergement

Au Centre communal d'action sociale de votre mairie.

LISTE DES PIÈCES À TRANSMETTRE

En plus des pièces jointes au dossier, selon le(s) type(s) d'aide(s) que vous demandez, un certain nombre de pièces sont à transmettre.

Vous trouverez, avant chaque pièce, le sigle de l'aide concernée :

ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE

- La photocopie du livret de famille et de la carte nationale d'identité ou d'un passeport de la Communauté européenne ou un extrait d'acte de naissance ; **ou s'il s'agit d'un demandeur de nationalité étrangère**, la photocopie de la carte de résidence ou titre de séjour.
- La photocopie recto-verso du dernier avis d'imposition ou de non imposition sur le revenu du demandeur, son conjoint, concubin ou personne avec laquelle il a conclu un PACS.
- Les avis d'imposition recto-verso relatifs à la taxe foncière sur les propriétés bâties et la taxe foncière sur les propriétés non bâties.
- La photocopie de relevés annuels attestant des intérêts perçus au titre des contrats d'assurance vie.
- Un relevé d'identité bancaire ou postal de votre compte courant.
- Le certificat médical rempli par votre médecin traitant (**conforme au modèle joint**).
- La copie de la carte vitale.
- La copie du jugement de tutelle.
- La copie du contrat si vous êtes en famille d'accueil.

SERVICES MÉNAGERS

- La photocopie du livret de famille et de la carte nationale d'identité ou d'un passeport de la Communauté européenne ou un extrait d'acte de naissance ; **ou s'il s'agit d'un demandeur de nationalité étrangère**, la photocopie de la carte de résidence ou titre de séjour.
- La photocopie recto-verso du dernier avis d'imposition ou de non imposition sur le revenu du demandeur, son conjoint, concubin ou personne avec laquelle il a conclu un PACS.
- Les avis d'imposition recto-verso relatifs à la taxe foncière sur les propriétés bâties et la taxe foncière sur les propriétés non bâties.
- La photocopie de relevés annuels attestant des intérêts perçus au titre des contrats d'assurance vie.
- Un relevé d'identité bancaire ou postal de votre compte courant.
- Le certificat médical rempli par votre médecin traitant (**conforme au modèle joint**).
- La photocopie de l'acte de donation intervenue dans les 10 ans précédant cette demande.
- Les justificatifs des ressources perçues : pensions et retraites, prestations de la Caisse d'allocations familiales (**joindre les attestations indiquant les montants annuels versés**).
- La copie du jugement de tutelle.
- La copie du contrat si vous êtes en famille d'accueil.

AIDE SOCIALE À L'HÉBERGEMENT

- La photocopie du livret de famille et de la carte nationale d'identité ou d'un passeport de la Communauté européenne ou un extrait d'acte de naissance ; **ou s'il s'agit d'un demandeur de nationalité étrangère**, la photocopie de la carte de résidence ou titre de séjour.
- La photocopie recto-verso du dernier avis d'imposition ou de non imposition sur le revenu du demandeur, son conjoint, concubin ou personne avec laquelle il a conclu un PACS.
- Les avis d'imposition recto-verso relatifs à la taxe foncière sur les propriétés bâties et la taxe foncière sur les propriétés non bâties.
- La photocopie de relevés annuels attestant des intérêts perçus au titre des contrats d'assurance vie.
- La photocopie de l'acte de donation intervenue dans les 10 ans précédant cette demande.
- Les justificatifs des ressources perçues : pensions et retraites, prestations de la Caisse d'allocations familiales (**joindre les attestations indiquant les montants annuels versés**).
- Les imprimés d'obligation alimentaire complétés (à retirer à la mairie).
- La copie du jugement de tutelle.
- La copie du contrat si vous êtes en famille d'accueil.

ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE

et

AIDE SOCIALE À L'HÉBERGEMENT

- La photocopie du livret de famille et de la carte nationale d'identité ou d'un passeport de la Communauté européenne ou un extrait d'acte de naissance ; **ou s'il s'agit d'un demandeur de nationalité étrangère**, la photocopie de la carte de résidence ou titre de séjour.
- La photocopie recto-verso du dernier avis d'imposition ou de non imposition sur le revenu du demandeur, son conjoint, concubin ou personne avec laquelle il a conclu un PACS.
- Les avis d'imposition recto-verso relatifs à la taxe foncière sur les propriétés bâties et la taxe foncière sur les propriétés non bâties.
- La photocopie de relevés annuels attestant des intérêts perçus au titre des contrats d'assurance vie.
- Un relevé d'identité bancaire ou postal de votre compte courant.
- Le certificat médical rempli par votre médecin traitant (**conforme au modèle joint**).
- La photocopie de l'acte de donation intervenue dans les 10 ans précédant cette demande.
- Les justificatifs des ressources perçues : pensions et retraites, prestations de la Caisse d'allocations familiales (**joindre les attestations indiquant les montants annuels versés**).
- Les imprimés d'obligation alimentaire complétés (à retirer à la mairie).
- La copie de la carte vitale.
- La copie du jugement de tutelle.
- La copie du contrat si vous êtes en famille d'accueil.

Lorsque le dossier sera considéré comme complet, vous serez informé(e) par la Maison Loire Autonomie du début de la phase d'instruction.

Je soussigné(e),

Agissant en mon nom propre / en ma qualité de représentant de (rayer la mention inutile) :
reconnais avoir pris connaissance des dispositions ci-dessous et, pour une demande d'aide sociale, reconnais avoir lu et signé la fiche jointe intitulée « Conséquences de l'admission ».

■ FRAUDE (article 133.6 du Code de l'action sociale et des familles)

Sans préjudice des paiements en restitution, quiconque aura frauduleusement bénéficié ou tenté de bénéficier de l'aide sociale, sera puni des peines prévues aux articles 313-1, 313-7 et 313-8 du Code Pénal.

■ PRISE EN COMPTE D'UNE DEMANDE D'AIDE SOCIALE

La prise en considération d'une demande d'aide sociale impose que toutes les autres possibilités de prise en charge aient été préalablement vérifiées.

■ AIDE SOCIALE À L'HÉBERGEMENT

L'attribution de l'aide sociale à l'hébergement est subordonnée au règlement d'une participation aux frais d'hébergement et de la contribution des époux aux charges du mariage (article 214 du Code Civil).

■ CAS DE SURENDETTEMENT

Il convient d'informer la Commission de surendettement de l'attribution de l'Aide sociale à l'hébergement.

■ CHANGEMENT DE SITUATION

Tout changement de situation du bénéficiaire de l'aide sociale devra être signalé aux services du Département (Pôle vie sociale).

Par ailleurs, j'autorise la Maison Loire Autonomie à transmettre les éléments du dossier aux Caisses de retraite.

Je certifie sur l'honneur :

- L'exactitude des renseignements fournis dans le cadre de cette demande,
- Ne pas être titulaire d'une Majoration tierce personne 3^e catégorie sécurité sociale (MTP) ou de la Prestation complémentaire pour recours à une tierce personne (PC RTP).

Fait à

SIGNATURE :

Le

DISPOSITIONS RELATIVES À LA LOI N°2000 321 DU 12 AVRIL 2000 concernant les droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations

En application des dispositions de l'article 713° de la loi susvisée, les personnes qui le demandent pourront consulter les documents relatifs à la présente demande les concernant. Les modalités d'accès seront appliquées conformément aux dispositions édictées par la loi.

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 :

- 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 connaître des dossiers d'aide à domicile ou en établissement.
- 3 - 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 selon la prestation dont vous bénéficiez, en justifiant de votre identité, à Monsieur le Président de l'organisme (celui qui vous sert l'avantage de retraite principale ou la pension si vous en êtes titulaire) ou Monsieur le Président du Département à l'adresse ci-dessous :



DEMANDE D'AIDE À DOMICILE OU EN ÉTABLISSEMENT

Type de demande

- APA
- Aide sociale à l'hébergement
- Services ménagers

Ce document est à joindre pour toute demande d'APA ou d'Aide sociale à l'hébergement ou de Services ménagers. Pour les demandes d'aide sociale à l'hébergement ou de services ménagers, ce dossier est à déposer au CCAS de la mairie qui doit fournir un accusé de réception du dépôt de la demande.

CANTON :

DOSSIER EN FAVEUR DES PERSONNES ÂGÉES

Un dossier à remplir par demandeur. Toute demande de renouvellement doit parvenir à la Maison Loire Autonomie au moins 2 mois avant l'échéance des droits actuels.

TOUT DOSSIER NON SIGNÉ NE POURRA FAIRE L'OBJET D'UNE ÉTUDE (Voir fin de dossier)

- 1^{RE} DEMANDE
- RENOUELEMENT (Cocher la case correspondante)

I RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DEMANDEUR

| | DEMANDEUR | <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Concubin <input type="checkbox"/> Pacsé |
|--|--|--|
| Nom - Prénom ① | | |
| Nom de jeune fille ② | | |
| Date et lieu de naissance ③ | | |
| N° de sécurité sociale (organisme) ④ | | |
| Nationalité ⑤ | <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Ressortissant Union Européenne <input type="checkbox"/> Hors ressortissant Union Européenne | <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Ressortissant Union Européenne <input type="checkbox"/> Hors ressortissant Union Européenne |
| Date d'arrivée en France (pour les étrangers) ⑥ | | |
| Situation de famille (célibataire, marié, divorcé, veuf, concubin, PACS) ⑦ | | |
| Caisse de retraite principale ⑧ | | |
| Numéro d'affiliation ⑨ | | |

Mentionnez si vous faites l'objet d'une mesure de : sauvegarde de justice tutelle curatelle MAJ

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

Tél :

II ADRESSE ACTUELLE DU DEMANDEUR

Adresse :

Précisez s'il s'agit : du domicile de l'établissement d'hébergement (date d'entrée :

de l'accueil familial par un particulier à domicile à titre onéreux dans le cadre de la loi du 10 juillet 1989. (date de début de l'accueil :

autres (ex : chez un enfant, un parent.....)

Adresse précédente du demandeur :

- Si le demandeur est en établissement > Indiquer l'adresse du domicile avant la première entrée en établissement ;

- Si le demandeur est à domicile, en cas de déménagement depuis moins de 3 mois > Indiquer l'adresse précédente :

III ADRESSE DU CONJOINT, CONCUBIN, PACSE (si différente de celle actuelle du demandeur)

Adresse :

GRILLE NATIONALE AGGIR Degré d'autonomie et besoin d'accompagnement

Cette grille est destinée à évaluer la perte d'autonomie de la personne âgée à partir du constat des activités effectuées ou non par la personne. On ne doit pas tenir compte de l'aide apportée par les aidants et soignants ; en revanche, les aides matérielles et techniques sont considérées comme faisant partie de la personne (lunettes, prothèses auditives, fauteuil roulant, canne, etc.)

Grille à remplir en utilisant :

- A** : Fait seul(e) spontanément et totalement et habituellement et correctement.
B : Fait seul(e) non spontanément et/ou non totalement et/ou non habituellement et/ou non correctement.
C : Ne fait pas seul(e) ou l'activité est réalisée en partie par la personne mais tout doit être refait à chaque fois.

| | | A | B | C |
|----|---|---|---|---|
| 1 | TRANSFERTS | | | |
| | Se lever, se coucher, s'asseoir | | | |
| 2 | DÉPLACEMENTS À L'INTÉRIEUR | | | |
| | Avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant | | | |
| 3 | TOILETTE | | | |
| | Haut : visage, tronc, membres supérieurs, mains, rasage, coiffage | | | |
| | Bas : membres inférieurs, pieds, régions intimes | | | |
| 4 | ÉLIMINATION | | | |
| | Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire Assurer l'hygiène de l'élimination fécale | | | |
| 5 | HABILLAGE | | | |
| | Haut : vêtements passés par les bras et/ou la tête | | | |
| | Moyen : fermeture des vêtements, boutonnage, fermeture éclair, ceinture, pressions Bas : vêtements passés par le bas du corps y compris chaussettes, bas, chaussures | | | |
| 6 | ALIMENTATION | | | |
| | Se servir : couper la viande, peler un fruit, remplir son verre Manger les aliments préparés | | | |
| 7 | ALERTER | | | |
| | Utiliser les moyens de communication à distance, téléphone, sonnette, téléalarme | | | |
| 8 | DÉPLACEMENTS À L'EXTÉRIEUR | | | |
| | À partir de la porte d'entrée sans moyen de transport | | | |
| 9 | ORIENTATION | | | |
| | Se repérer dans le temps : saison, moment de la journée Se repérer dans l'espace : lieux de vie habituels et lieux nouveaux | | | |
| 10 | COHÉRENCE | | | |
| | Communication : avec autrui dans la vie courante Comportement : réactions adaptées aux situations, agressivité | | | |

Votre patient(e) bénéficie-t-il (elle) ?

- d'un service de soins à domicile oui non
d'une infirmière à domicile oui non
d'une aide à domicile oui non

Observations éventuelles :

Fait à _____, le _____ NOM ET QUALITÉ
Cachet et signature du médecin



CERTIFICAT MÉDICAL

**Ce document est à joindre pour
les demandes d'APA
ou de Services ménagers.**

Coordonnées du médecin traitant :

.....
.....

À l'attention du médecin traitant

Dans l'intérêt du suivi de votre patient, et pour permettre à l'équipe médico-sociale d'effectuer une étude du dossier dans les meilleurs délais, je vous demande de bien vouloir compléter la demande ci-après, et d'y joindre tout document complémentaire que vous jugeriez utile.

Il est rappelé que l'équipe médico-sociale est astreinte au secret médical (article 226.13 du Code Pénal) ; elle reste à votre disposition pour vous informer de la suite réservée à cette demande.

En vous remerciant par avance de votre obligeance, je vous prie d'agréer, cher confrère, l'expression de mes salutations confraternelles.

Le médecin autonomie de l'équipe médico-sociale

ÉTAT CIVIL DU DEMANDEUR

NOMNOM de jeune fille

Prénom Date de naissance

À remettre sous pli cacheté à l'intéressé

ORIGINE DE LA PERTE D'AUTONOMIE :

Cocher au maximum 3 pathologies

| GROUPE DE PATHOLOGIES | PATHOLOGIES | PATHOLOGIES PRINCIPALES (à cocher) | COMMENTAIRES |
|--------------------------------|---|------------------------------------|--------------|
| | | | |
| 1. Cardio-vasculaires | 1.1 Insuffisance cardiaque / mycardiopathie | | |
| | 1.2 Athérosclérose | | |
| | 1.3 Troubles du rythme | | |
| 2. Broncho-pulmonaires | 2.1 Broncho-pneumopathies | | |
| | 2.2 Insuffisance respiratoire | | |
| 3. Neuro-psychiatriques | 3.1 Accidents vasculaires cérébraux (à préciser) | | |
| | 3.2 Épilepsie | | |
| | 3.3 Syndrome parkinsonien | | |
| | 3.4 Pathologies neurodégénératives | | |
| | 3.5 États anxio-dépressifs | | |
| | 3.6 Psychose, délire, hallucinations | | |
| | 3.7 Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées | | |
| | 3.8 Éthylisme | | |
| 4. Ostéo-articulaires | 4.1 Pathologies dégénératives (à préciser) | | |
| | 4.2 Pathologies inflammatoires (à préciser) | | |
| | 4.3 Séquelles post traumatiques (à préciser) | | |
| 5. Gastro-entérologiques | 5.1 Affections hépatiques, biliaires, pancréatiques | | |
| | 5.2 Incontinence fécale | | |
| | 5.3 Autres | | |
| 6. Endocriniennes | 6.1 Diabète | | |
| | 6.2 Dysthyroïdie | | |
| | 6.3 Dénutrition | | |
| | 6.4 Déshydratation | | |
| 7. Uro-néphrologiques | 7.1 Insuffisance rénale | | |
| | 7.2 Incontinence urinaire | | |
| 8. Hématologie et cancérologie | 8.1 Anémies | | |
| | 8.2 Cancers (à préciser) | | |
| | 8.3 Hémopathies malignes (à préciser) | | |
| 9. Pathologies sensorielles | 9.1 Pathologies ophtalmologiques (à préciser) | | |
| | 9.2 Pathologies auditives (à préciser) | | |

LES PRINCIPALES PATHOLOGIES

| TRAITEMENTS SUIVIS (Médicamenteux et/ou rééducation fonctionnelle) | PERSPECTIVES D'ÉVOLUTION (à cocher) | | | DÉFICIENCES - BILANS COMPLÉMENTAIRES | |
|--|-------------------------------------|----------------------|----------------------|--|---|
| | Pathologie aiguë | Pathologie chronique | Évolution péjorative | | |
| | | | | Signes de décompensation | |
| | | | | Assistance respiratoire éventuelle | |
| | | | | Dysarthrie <input type="checkbox"/> | Aphasie, mutité <input type="checkbox"/> |
| | | | | Possibilité de communication : verbale <input type="checkbox"/> non verbale <input type="checkbox"/> | |
| | | | | Localisation | MSD <input type="checkbox"/> MSG <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIG <input type="checkbox"/> |
| | | | | Troubles de l'équilibre | |
| | | | | Suivi neuro-psychiatrique | |
| | | | | Troubles de mémoire | MMS : Imagerie : |
| | | | | Troubles du comportement | Agitation <input type="checkbox"/> Agressivité <input type="checkbox"/> Fugue <input type="checkbox"/> Déambulation <input type="checkbox"/> |
| | | | | Aides techniques | Canne <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant <input type="checkbox"/> Déambulateur <input type="checkbox"/> Autres : |
| | | | | Type d'alimentation | |
| | | | | Troubles de déglutition <input type="checkbox"/> Stomie <input type="checkbox"/> | |
| | | | | Complications du diabète | DNID <input type="checkbox"/> DID <input type="checkbox"/> |
| | | | | Poids : | |
| | | | | Taille : | |
| | | | | Protections pour incontinence <input type="checkbox"/> | SAD <input type="checkbox"/> |
| | | | | Dialyse <input type="checkbox"/> | Fréquence : |
| | | | | Acuité visuelle après correction | œil droit : œil gauche : |
| | | | | Déficit auditif moyen | oreille droite : oreille gauche : |



FICHE D'ENTRÉE EN ÉTABLISSEMENT

Ce document est à joindre
pour les demandes d'APA en
établissement ou d'Aide sociale
à l'hébergement.

DOCUMENT À REMPLIR PAR L'ÉTABLISSEMENT POUR TOUTE DEMANDE LIÉE À L'HÉBERGEMENT

NOM et PRÉNOM du bénéficiaire
Identification de l'établissement
Adresse de l'établissement Tél. :
Code postal..... Ville

L'ÉTABLISSEMENT EST-IL ? (Cocher la mention correspondante)

- Habilité Non habilité
- En dotation globale pour la section tarifaire «Dépendance»
- Date d'entrée dans l'établissement

SECTION D'ACCUEIL (Cocher la mention correspondante)

- EHPAD Foyer résidence
- Unité de soins de longue durée Autres (PUV etc.)

PRIX DE JOURNÉE

■ HÉBERGEMENT €
 Libellé exact des modalités d'accueil (chambre à 1 lit, chambre à 2 lits etc.).....

■ DÉPENDANCE

GIR 1-2 : €
 GIR 3-4 : €
 GIR 5-6 : €

(Pour les établissements hors Loire, joindre l'arrêté de tarification du Département de la Loire en vigueur)