

## Dossier de demande

# ■ Allocation ■ Personnalisée d'Autonomie

Dossier individuel à compléter par vos soins et à retourner à votre Maison de la Métropole

Veillez cocher

- APA domicile
- APA en établissement

**Demandeur**    Madame                       Monsieur (attention : 1 seul demandeur par formulaire)

Nom : ..... Prénom(s) .....

Nom de naissance (si différent) : .....

Date de naissance :   

Lieu de naissance : .....

Nationalité : .....

Situation familiale    marié(e)    concubin(e)    pacsé(e)    veuf ou veuve    célibataire

divorcé(e)    séparé(e)

N° sécurité sociale :           clé

Téléphone :           

Adresse mail : .....

Situation professionnelle :  en activité    retraité, régime de retraite principal : .....

**Adresse actuelle du demandeur**

Type :    Domicile                       Accueil familial agréé                       Résidence autonomie ou petite unité de vie  
 Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD, MAPAD...)

Adresse : .....

Code postal :       Ville : .....

Date d'arrivée à cette adresse :

**Adresse précédente**

.....

Code postal :       Ville : .....

Type :    Domicile                       Accueil familial agréé                       Résidence autonomie ou petite unité de vie  
 Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD, MAPAD...)

**Conjoint, concubin, pacsé**    Madame    Monsieur

Nom : ..... Prénom(s) .....

Nom de naissance (si différent) : ..... Date de naissance :

Lieu de naissance : .....

N° sécurité sociale :           clé

Adresse mail : ..... Téléphone :

Situation professionnelle :  en activité  retraité, régime de retraite principal : .....

### Résidence actuelle du conjoint, concubin, pacsé

Type  Domicile  Accueil familial agréé  Résidence autonomie ou petite unité de vie

Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD, MAPAD...)

Adresse : .....

Code postal :      Ville : .....

### Mesure de protection juridique éventuelle

Sauvegarde de justice  Curatelle  Curatelle renforcée  Tutelle

Nom et adresse du responsable légal ou de l'association chargée de la mesure :

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

**Personne de confiance** (personne référente à contacter pour la visite d'évaluation à domicile ou en cas d'urgence)

Madame  Monsieur

Nom : ..... Prénom(s) .....

Nom de naissance (si différent) : ..... Date de naissance :

Lien avec le demandeur (enfant, parent, autre) : .....

Adresse : ..... Téléphone .....

Mail .....

### Demande de Carte Mobilité Inclusion

Si l'APA vous a été accordée au titre du Groupe Iso Ressources (GIR) 1 ou 2, vous pouvez bénéficier sans autre condition et à titre définitif de la CMI comportant les mentions « invalidité » et « stationnement pour personnes handicapées ».

Si votre perte d'autonomie est évaluée en GIR 3 à 6, l'équipe médico-sociale devra apprécier si votre situation justifie l'attribution d'une CMI.

- Souhaitez-vous bénéficier de la CMI comportant la mention  oui  non  
« priorité » ou « invalidité »
- Souhaitez-vous bénéficier de la CMI comportant la mention  oui  non  
« stationnement pour personnes handicapées » :
- S'agit-il d'une demande de renouvellement des droits :

Carte de stationnement

Carte d'invalidité

Carte de priorité

Date d'échéance des droits :  
.....

Date d'échéance des droits :  
.....

Date d'échéance des droits :  
.....

N° de dossier MDPH : .....

Département : .....

### Autres aides déjà perçues

La majoration pour aide constante d'une tierce personne (MTP)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
La prestation complémentaire pour recours à tierce personne (PC RTP)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
L'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
La prestation de compensation du handicap (PCH)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
L'aide-ménagère versée par les caisses de retraite	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
L'aide-ménagère versée au titre de l'aide sociale Métropolitaine	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Attention : aucune de ces prestations n'est cumulable avec l'allocation personnalisée d'autonomie

### Revenus et patrimoine

#### - Revenus soumis à prélèvements libératoires

	Par le demandeur	Par le conjoint / concubin / partenaire de PACS
Ressources ne figurant pas dans l'avis d'imposition ou de non-imposition à l'impôt sur le revenu : revenus soumis au prélèvement libératoire en application des articles 125-O A et 125 D du code général des impôts		
Pensions versées par les enfants pour la prise en charge de la perte d'autonomie		

- **Biens immobiliers bâtis et non bâtis**

<b>NATURE DES BIENS<sup>1</sup></b> (maison, appartement, terres agricoles, bâtiment de fermes, etc...)	<b>ADRESSE</b>	<b>USAGE ACTUEL</b> (en location, en fermage, non exploité, usufruit, etc...)	<b>VALEUR LOCATIVE*</b>	<b>MONTANT DES REVENUS FONCIERS</b> Montants annuels procurés par les biens	<b>PROPRIETAIRE</b>
					<input type="checkbox"/> Demandeur <input type="checkbox"/> Conjoint/concubin/partenaire de PACS
					<input type="checkbox"/> Demandeur <input type="checkbox"/> Conjoint/concubin/partenaire de PACS
					<input type="checkbox"/> Demandeur <input type="checkbox"/> Conjoint/concubin/partenaire de PACS
					<input type="checkbox"/> Demandeur <input type="checkbox"/> Conjoint/concubin/partenaire de PACS

\*se reporter au dernier relevé de la taxe foncière sur les propriétés bâties et sur les propriétés non bâties

- **Biens mobiliers et capitaux non placés<sup>2</sup> (dont assurance-vie)**

<b>NATURE</b>	<b>MONTANT</b>	<b>DETENTEUR</b>
		<input type="checkbox"/> Demandeur <input type="checkbox"/> Conjoint/concubin/partenaire de PACS
		<input type="checkbox"/> Demandeur <input type="checkbox"/> Conjoint/concubin/partenaire de PACS
		<input type="checkbox"/> Demandeur <input type="checkbox"/> Conjoint/concubin/partenaire de PACS

<sup>1</sup> Ne pas déclarer la résidence principale si celle-ci est occupée par le demandeur, son conjoint, son concubin ou la personne avec qui il a conclu un pacte civil de solidarité, ses enfants ou petits-enfants.

<sup>2</sup> Ne pas déclarer les capitaux placés, y compris ceux exonérés d'impôts (livret A, livret de développement durable, plan d'épargne logement, plan d'épargne en actions ...), qui ne constituent pas du patrimoine dormant. En revanche **la valeur des contrats d'assurance-vie**, qui relèvent du patrimoine dormant, doit être déclarée.

## ENGAGEMENTS MUTUELS

LA METROPOLE DE LYON	LE DEMANDEUR
<b>À DOMICILE</b>	<b>À DOMICILE</b>
<p>Si vous êtes éligible à l'APA, un membre de l'équipe médico-sociale effectuera une visite à domicile afin d'établir avec vous un plan d'aide adapté à votre situation. Les frais liés à votre perte d'autonomie seront pris en charge de la manière suivante :</p> <p><u>Montant du plan d'aide :</u></p> <p>Versement de la Métropole de Lyon + Participation personnelle du demandeur en fonction de ses ressources et du montant du plan d'aide</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vous pourrez demander une révision de ce plan d'aide afin qu'il suive l'évolution de vos besoins.</li> </ul>	<p>Je m'engage à :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- utiliser les sommes versées comme le prévoit mon plan d'aide.</li> <li>- transmettre régulièrement tous les justificatifs.</li> <li>- rembourser les sommes allouées par la Métropole de Lyon et non dépensées.</li> <li>- signaler sans délai tout changement de situation (hospitalisation, entrée en établissement, déménagement...) à la Maison de la Métropole.</li> </ul>
<b>EN ÉTABLISSEMENT</b>	<b>EN ÉTABLISSEMENT</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le montant de l'APA dépendra de votre niveau d'autonomie, de vos ressources et du tarif dépendance de votre établissement d'accueil.</li> <li>- Votre allocation sera revalorisée une fois par an, en fonction de l'évolution du tarif dépendance de votre établissement d'accueil et de votre perte d'autonomie.</li> </ul>	<p>Je m'engage à :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- utiliser les sommes versées afin de régler le tarif dépendance de l'établissement.</li> <li>- signaler sans délai tout changement de situation (hospitalisation, changement d'établissement, sortie d'établissement...) à la Maison de la Métropole.</li> </ul>

Je soussigné(e), M. ou Mme

..... agissant :

en mon nom propre

en ma qualité de tuteur de :

.....  
Certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant dans ce dossier et avoir pris connaissance des engagements mutuels ci-dessus.

Je suis informé(e) que la Métropole de Lyon est autorisée à transmettre à l'ensemble des partenaires médicosociaux (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 la Métropole de Lyon à transmettre mon dossier à ma caisse de retraite :

Oui

Non

Nom du signataire : .....

Le

Signature

---

*Les traitements des demandes sont informatisés, ils sont soumis aux dispositions de la loi « Informatiques 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 différentes questions 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, en justifiant de votre identité à la Maison de la Métropole traitant l'instruction de votre dossier.*

## Demande APA à domicile – Informations complémentaires

### Les aides apportées par votre entourage

	Aidant 1	Aidant 2
Identité		
Lien		
Adresse		
Téléphone		
Adresse Mail		
Nature de l'aide apportée		
Durée et périodicité		

### Les aides apportées par un professionnel

Nom de votre médecin traitant : .....

Commune ..... Téléphone : .....

	Nom et coordonnées	Nature des tâches et fréquence
Aide à domicile		
Auxiliaire de vie		
Soins infirmiers		
Portage de repas		

#### Avez-vous été récemment hospitalisé(e) ?

- Non
- Oui, je suis actuellement hospitalisé(e)
- Oui, date du retour à domicile (joindre un bulletin d'hospitalisation)

**En cas de recours à un service prestataire ou mandataire, j'informe la Métropole de Lyon que** (cocher une des 2 cases) :

Je connais le service d'aide qui interviendra à mon domicile.  
Son nom est .....

Je ne connais pas encore le service d'aide qui interviendra à mon domicile mais j'ai bien noté que je dois prévenir la Maison de la Métropole dès que j'en aurai connaissance, afin que l'APA lui soit versée.



## Liste des documents à joindre au dossier

- Copie recto-verso d'une pièce d'identité (carte nationale d'identité, livret de famille, passeport de la communauté européenne). Si le demandeur est ressortissant d'un pays hors Communauté européenne, copie recto-verso de son titre de séjour en cours de validité ou de carte de résidence en cours de validité
- Photocopie du livret de famille, de votre carte d'identité, de votre passeport ou d'un extrait d'acte de naissance ou photocopie de votre carte de résident ou titre de séjour (si vous êtes étranger non européen) ;
- 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 d'imposition relatif aux taxes foncières sur les propriétés bâties et sur les propriétés non bâties.
- Le cas échéant, toute pièce justificative des autres biens ou capitaux relevant du patrimoine dormant (photocopie du relevé annuel d'assurance vie ...)
- Relevé d'identité bancaire (RIB) ou postale (RIP) original aux nom et prénom officiels du demandeur.
- Copie du jugement de mise sous protection judiciaire (tutelle, curatelle).

### **POUR UNE DEMANDE D'APA A DOMICILE**

- Le dossier médical ci-joint, composé du certificat médical et de la grille nationale d'évaluation de l'autonomie (grille AGGIR), complété par le médecin traitant.

### **POUR UNE DEMANDE D'APA EN ÉTABLISSEMENT**

- La grille nationale d'évaluation de l'autonomie (grille AGGIR), complétée par l'équipe médicale de l'établissement d'accueil.
- Copie du bulletin de présence en établissement
- Pour les établissements d'accueil se situant hors de la Métropole de Lyon : une copie de l'arrêté de tarification de l'établissement.

Les établissements d'accueil hors de la Métropole de Lyon peuvent obtenir, par dérogation, le versement de l'APA directement sur leur compte si le demandeur n'est pas titulaire d'un compte bancaire ou s'il a autorisé la perception directe de ses ressources au titre de l'aide sociale.

Dans ce cas, joindre :

- Une attestation sur l'honneur que le demandeur ne dispose pas de compte bancaire ;
- L'arrêté d'autorisation de perception directe des ressources ;
- Le RIB ou RIP de l'établissement d'accueil.

**CERTIFICAT MEDICAL**  
**ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE**

Cher confrère,

Votre patient(e) a déposé une demande d'allocation personnalisée d'autonomie.  
Pour permettre d'apprécier au mieux sa perte d'autonomie, je vous invite à compléter cette évaluation médicale et à la lui remettre sous pli confidentiel, en joignant tout document complémentaire que vous jugeriez utile.  
Pour l'élaboration de son plan d'aide qui tient compte des besoins de votre patient mais également de son environnement, je pourrais être amené à vous contacter.  
Je me permets de vous rappeler que l'ensemble des personnes constituant l'équipe médico-sociale est astreint au secret professionnel. (Article 378 du Code Pénal)  
Je reste à votre disposition pour tout renseignement complémentaire et vous prie d'accepter mes confraternelles salutations.

Le médecin de l'équipe médico-sociale

**Identification du demandeur**

Nom ..... Prénom ..... Date de naissance .... / ... / .....

Adresse  
.....  
.....  
.....

Poids :                      Taille :

**Diagnostic principal motivant la demande**

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

**Autres pathologies ayant des répercussions sur la perte d'autonomie**

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

.....  
.....

**Traitements en cours**

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

Le traitement est

Pris de façon autonome     préparée par entourage (préciser si IDE)     donné par entourage

**Vue** :  normale     corrigée     non corrigée

**Audition** :  normale     surdité appareillée     surdité non appareillée

---

**Cohérence**

Réponse adaptée aux questions     oui                     non

Bonne capacité de raisonnement     oui                     non

Bonne capacité de jugement             oui                     non

Troubles mineurs du comportement (manque d'initiative, opposition), lesquels.....

Troubles majeurs du comportement (agitation, fugue, cri) lesquels.....

**Orientation dans le temps**     bien orientée     troubles mineurs     troubles majeurs

**Orientation dans l'espace**     bien orientée     troubles mineurs     troubles majeurs

Score MMS (s'il est connu) : .....

**Déplacements dans le domicile**

Son périmètre de marche est estimé à : ..... mètres

Seul (e) avec ou sans aide technique (cane, déambulateur, fauteuil roulant) : entourer la ou les mentions utiles.

Déplacements accompagné par un tiers

Déambulation diurne / nocturne : entourer la ou les mentions utiles.

Confiné (e) au lit

**Alimentation**

Votre patient (e) présente-t-il (elle) un risque de fausse route avéré     oui                     non

**Incontinence urinaire**     oui                     non

Porteur de stomie urinaire     change sa poche sans aide

Dialyse

**Incontinence fécale**     oui                     non

Porteur de stomie     change sa poche sans aide

### Éléments importants

Insuffisance cardiaque sévère avec dyspnée au moindre effort  oui  non

Assistance respiratoire avec oxygénothérapie continue  oui  non

Dysarthrie  oui  non                      Aphasie  oui  non

Votre patient a-t-il bénéficié d'un bilan gériatrique  oui  non  en cours

Lieu du bilan : .....

### Autres éléments à porter à la connaissance de l'équipe médico-sociale

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

### Aides existantes

Aides à domicile

Infirmières

Kinésithérapeutes

Portage de repas

Télé-alarme

Aidants familiaux

Autres : .....

---

**Date**

**Signature et cachet du médecin**

## EVALUATION DE L'AUTONOMIE GRILLE NATIONALE AGGIR

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 ; il ne faut pas tenir compte de l'aide apportée par les aidants et les soignants. En revanche, les aides matérielles et techniques sont considérées comme faisant partie de la personne (lunettes, cannes, fauteuil roulant, prothèses...)

### CAPACITES DE REALISATION DE LA PERSONNE SEULE

**Ne fait pas du tout** = la personne ne réalise jamais seule une activité et il faut faire à la place ou faire faire, ou bien la réalisation partielle est telle qu'il faille tout refaire.

Si la case « Ne fait pas du tout » est cochée : il est inutile de cocher les suivantes.

**Fait, mais pas Spontanément (S)**

**Fait, mais pas Totalemment (T)**

**Fait, mais pas Correctement (C)**

**Fait, mais pas Habituellement (H)**

**Fait seule** = en complète autonomie.

Nom :	NE FAIT PAS DU TOUT	FAIT, MAIS PAS...				FAIT SEULE
		S	T	C	H	
Prénom :						
1. TRANSFERTS ( <i>se lever, se coucher, s'asseoir</i> )						
2. DEPLACEMENTS A L'INTERIEUR						
3. TOILETTE Haut						
Bas						
4. HYGIENE DE L'ELIMINATION Urinaire						
Fécale						
5. HABILLAGE, DESHABILLAGE Haut						
Moyen						
Bas						
6. CUISINER ( <i>préparer les repas</i> )						
7. ALIMENTATION Se Servir						
Manger						
8. SUIVI DU TRAITEMENT MEDICAL						
9. MENAGE ( <i>effectuer les travaux ménagers courants</i> )						
10. ALERTER ( <i>avec téléphone, alarme, sonnette...</i> )						
11. DEPLACEMENTS A L'EXTERIEUR						
12. TRANSPORTS ( <i>déplacements collectif ou individuel</i> )						
13. ACTIVITES ( <i>pratique volontaire, seule ou en groupe</i> )						
14. ACHATS ( <i>acquisition volontaire de biens</i> )						
15. GESTION ( <i>administrative et financière</i> )						
16. ORIENTATION Se repérer dans le temps						
Se repérer dans l'espace						
17. COHERENCE Communication						
Comportement						

Grille remplie :  À domicile  
 Au cabinet  
 En équipe pluridisciplinaire

Date de l'évaluation :

Cachet et signature

