

DEMANDE D'AIDE A DOMICILE D'UNE PERSONNE DE SOIXANTE ANS OU PLUS

- Auprès du Conseil Général au titre de l'**ALLOCATION PERSONNALISÉE d'AUTONOMIE**
- Auprès du Conseil Général au titre de l'Aide Sociale
- Auprès d'une Caisse de Retraite au titre de l'Action Sociale

NOM ET PRENOM DU DEMANDEUR :

Ce dossier comprend :

- une fiche de présentation de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)
- une notice explicative sur l'Action Sociale des Caisses de Retraite et les services ménagers à domicile pris en charge par l'Aide Sociale
- une demande d'aide à domicile
- un certificat médical

L'ensemble du dossier est à retourner, dûment rempli et signé, à l'adresse suivante :

DIRECTION DE LA POLITIQUE DE L'AUTONOMIE
DIRECTION DE L'AUTONOMIE – Division des Prestations Sociales
Service de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie
28-30 avenue André Malraux
57046 METZ CEDEX 1

Tél. : 03.87.56.31.31

 **ATTENTION** : VEILLER A BIEN AGRAFER L'ENSEMBLE DU DOSSIER
(AVEC LES PIECES A JOINDRE)



L'ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE (APA) A DOMICILE

LOI N° 2001-647 DU 20 JUILLET 2001 RELATIVE À LA PRISE EN CHARGE DE LA PERTE D'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES ET À L'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE MODIFIÉE PAR LA LOI N° 2003-289 DU 31 MARS 2003.

Décrets n°2001-1084, 2001-1085 du 20 novembre 2001 modifiés par le Décret n° 2003-278 du 28 mars 2003 relatif aux conditions d'attribution de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie.

Décrets n°2001- 1086, 2001-1087 du 20 novembre 2001.

POUR QUI ?

- ❑ Toute personne âgée de 60 ans ou plus, résidant en France, qui se trouve dans l'incapacité d'assurer les conséquences du manque ou de la perte d'autonomie liées à son état physique ou mental, a droit à une Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) permettant une prise en charge adaptée à ses besoins.
- ❑ **La perte d'autonomie est définie comme l'état de la personne qui, nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir, a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou requiert une surveillance régulière.**
- ❑ **L'APA concerne les personnes classées dans les groupes 1 à 4 de la Grille AGGIR (Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources) qui en compte 6.**

POUR QUOI ?

- ❑ **Une prestation en nature** accordée dans les limites de tarifs fixés par voie réglementaire et destinée :

Selon le plan d'aide recommandé par l'équipe médico-sociale :

- **Avoir recours aux prestations d'associations ou d'organismes d'aide à domicile agréés.**
 - **Rémunérer le(s) salarié(s) que la personne âgée emploie**, qui ne peut être ni son conjoint, ni son concubin, ni la personne avec laquelle elle a conclu un Pacte Civil de Solidarité (PACS).
 - **Financer d'autres aides (téléalarme, articles d'hygiène...) directement liées à la perte d'autonomie.**
- ❑ **Une prestation non cumulable** avec :
 - L'Aide Ménagère (de l'Aide Sociale du Département).
 - L'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP).
 - La Majoration pour Tierce Personne (MTP).
 - La Prestation Expérimentale Dépendance (PED).

COMMENT EN BÉNÉFICIER ?

- En déposant un dossier de demande au :

Conseil Général de la MOSELLE
Direction de la Politique de l'Autonomie
Division des Prestations Sociales
Service de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie
28/30 avenue André Malraux - 57046 METZ cedex 01

- Après instruction administrative et évaluation médico-sociale du besoin d'aide.
- Sur décision du Président du Conseil Général.

QUEL MONTANT AU 1^{ER} AVRIL 2009 ?

- **Le montant de l'APA est égal** au montant du plan d'aide utilisé par le bénéficiaire diminué d'une participation financière à sa charge.
- **La participation financière du bénéficiaire varie** en fonction de ses ressources.

MONTANT DES RESSOURCES	PARTICIPATION
inférieures à 689,50 €	Pas de participation
de 689,50 € à 2 747,70 €	Participation financière proportionnelle aux revenus
supérieures à 2 747,70 €	Participation égale à 90% du montant du plan d'aide

- **Les montants maximums de l'APA varient** en fonction du Groupe Iso-Ressources (GIR) défini pour la personne âgée :

GIR 1	→ 1 224, 63 €
GIR 2	→ 1 049, 68 €
GIR 3	→ 787, 26 €
GIR 4	→ 524,84 €

- ☛ Pour tout renseignement ou envoi de dossier de demande d'APA

☎ Numéro d'appel :
03.87.56.31.31.
du lundi au vendredi
de 8 h 30 à 12 h et 13 h à 16 h 30

Conseil Général de la Moselle

Direction de la Politique de l'Autonomie

Division des Prestations Sociales
Service de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie
28/30 avenue André Malraux
57046 METZ Cedex 01

A CONSERVER

L'ACTION SOCIALE DES CAISSES DE RETRAITE pour les personnes âgées à domicile

Outre la gestion des retraites, les organismes de protection sociale sont chargés de développer sur leur territoire de compétence respectif [département pour la *Mutualité Sociale Agricole (MSA)* et le *Régime Social des Indépendants (RSI)*], région Alsace-Moselle pour la *Caisse Régionale d'Assurance Vieillesse (CRAVAM)* , grand-est pour la *Caisse de Sécurité Sociale dans les Mines de l'Est (CARM EST)*], une politique d'action sociale en faveur de leurs retraités.

Celle-ci est destinée en particulier à leurs ressortissants qui ont besoin d'une aide à domicile mais ne peuvent bénéficier de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie en raison de leur niveau de perte d'autonomie.



Toutes ces caisses de retraite attribuent des prestations individuelles de maintien à domicile, en fonction de règles propres à chaque institution



Pour connaître les prestations servies par chaque organisme (aide ménagère, garde à domicile, aide à l'amélioration de l'habitat...), **adressez-vous à votre caisse de retraite principale :**

- ✉ **CAISSE REGIONALE D'ASSURANCE VIEILLESSE D'ALSACE-MOSELLE (CRAVAM)**
36 rue du Doubs 67011 STRASBOURG Cedex 1 ☎ **03.88.65.20.21**
- ✉ **CAISSE REGIONALE DE SECURITE SOCIALE DANS LES MINES DE L'EST (CARM EST)**
21 avenue Foch BP 60570 57018 METZ Cedex 1 ☎ **03.87.39.73.73**
- ✉ **MUTUALITÉ SOCIALE AGRICOLE (MSA)**
17 avenue André Malraux 57778 METZ Cedex 9 ☎ **03.87.55.76.90**
(Service Social)
- ✉ **RÉGIME SOCIAL DES INDEPENDANTS INDÉPENDANTS (RSI)**
Antenne de METZ 48 rue Mazelle 57045 METZ ☎ **03.87.74.24.63**

A CONSERVER

**LES SERVICES MENAGERS A DOMICILE PRIS EN CHARGE
PAR L'AIDE SOCIALE DU CONSEIL GENERAL**

Pour les personnes âgées de plus de 60 ans qui ont besoin d'une aide ménagère à domicile mais qui :

- ne peuvent pas bénéficier de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) en raison du niveau de leur perte d'autonomie,
- ne peuvent pas bénéficier de l'action sociale de leur caisse de retraite,
- disposent de ressources d'un montant inférieur au plafond d'attribution du minimum vieillesse.

Si vous remplissez ces trois conditions, l'équipe médico-sociale chargée de votre dossier d'APA pourra être amenée à vous proposer cette prestation afin d'assurer la prise en charge de votre aide ménagère à domicile.

Cette prestation est soumise à une instruction administrative complémentaire et aux règles traditionnelles de l'Aide Sociale.



DEMANDE D'AIDE A DOMICILE

A COMPLETER PAR LE DEMANDEUR

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION	
<p><u>ARRIVEE A LA DIRECTION DE L'AUTONOMIE</u></p> <p>N° de dossier</p>	<p><u>DOSSIER INCOMPLET LE :</u></p> <p><u>DOSSIER COMPLET LE :</u></p>

AIDE DEMANDEE

Selon l'aide sollicitée ou la situation de la personne qui en fait la demande, ce dossier peut être transmis au Conseil Général ou à la Caisse de Retraite du demandeur

- Allocation Personnalisée d'Autonomie à domicile
- Aide Ménagère à Domicile Aide sociale
- Caisse de retraite

	LA PERSONNE POUR LAQUELLE L'ALLOCATION EST DEMANDEE	LE CONJOINT OU LA PERSONNE VIVANT MARITALEMENT ⁽¹⁾
NOM (MARITAL POUR LES FEMMES)		
NOM DE JEUNE FILLE		
PRENOM		
DATE ET LIEU DE NAISSANCE	_ _ _ _ _ _ à	_ _ _ _ _ _ à
NATIONALITE (FRANCAISE, UNION EUROPEENNE, AUTRE A PRECISER)	Date d'arrivée en France : _ _ _ _ _ _	Date d'arrivée en France : _ _ _ _ _ _
N° DE SECURITE SOCIALE		
REGIME DE RETRAITE PRINCIPALE (CRAV, CRAM, CAN, MSA, ORGANIC, SNCF, Autres...)		
N° DE RETRAITE		
		Profession le cas échéant :

⁽¹⁾ Il peut s'agir du conjoint, du concubin ou de la personne avec laquelle le demandeur a conclu un pacte civil de solidarité (PACS)

COORDONNEES DE VOTRE MEDECIN TRAITANT

NOM - ADRESSE - Tél. :

Souhaitez-vous sa présence lors de la visite de l'équipe médico-sociale ? oui non

AUTRES RENSEIGNEMENTS

BENEFICIEZ-VOUS DEJA (vous-même ou votre conjoint) ? :

- de l'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP) oui non Montant mensuel :
 - de la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) oui non Montant mensuel :
 - de la Prestation Expérimentale Dépendance (PED) oui non Montant mensuel :
 - de l'Aide Ménagère à Domicile oui non
- si oui : Nombre d'heures mensuelles :
Organisme intervenant :

Bénéficiez-vous actuellement d'une majoration pour aide constante d'une tierce personne (MTP) ? (joindre copie de la notification) OUI NON

Par quel organisme :

Le cas échéant, précisez si vous faites l'objet d'une mesure de : sauvegarde de justice curatelle tutelle

En cas de refus de ma demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie, j'autorise le Président du Conseil Général à transmettre mon dossier à l'organisme compétent pour accorder une prise en charge de services ménagers :

OUI NON

PERSONNE A CONTACTER

Pour tout renseignement complémentaire nécessaire à l'instruction du dossier (visite d'évaluation à domicile ou en cas d'urgence) :

NOM - Prénom : QUALITE ou PARENTE :

N° RUE.....

CODE POSTAL..... COMMUNE.....

Tél. domicile : Tél. professionnel : Tél. portable :

Je soussigné(e) certifie sur l'honneur que les renseignements contenus dans cette demande sont exacts et m'engage à signaler tout changement concernant ma situation.

DISPOSITIONS RELATIVES A 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 les informations nominatives sont informées que toutes les réponses aux différents questionnaires sont obligatoires. Un défaut de réponse entraînera des retards ou une impossibilité dans l'instruction du dossier. Cette loi garantit également un droit d'accès et de rectification des données aux personnes concernées auprès du Conseil Général de la Moselle.

A,
le

Nom et signature du demandeur
ou de son représentant (précisez la qualité)



DECLARATION DES RESSOURCES

perçues l'année civile précédant la demande

NOM et Prénom du demandeur :

RESSOURCES ANNUELLES	MONTANT ANNUEL perçu par le DEMANDEUR	MONTANT ANNUEL perçu par le CONJOINT, CONCUBIN ou la PERSONNE avec qui le demandeur a conclu un PACS
<p><u>Pensions et retraites</u> (y compris retraites complémentaires) Indiquer le nom de l'organisme payeur</p> <p>⇒</p> <p>⇒</p> <p>⇒</p> <p>⇒</p> <p>⇒</p>		
<p><u>Pensions étrangères</u> : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON (Si oui joindre les justificatifs)</p> <p>⇒</p>		
<p><u>Salaires</u></p> <p>⇒</p> <p>⇒</p>		
<p><u>Pension invalidité</u> (préciser le nom de l'organisme payeur)</p> <p>⇒</p>		
<p><u>Indemnités journalières</u></p> <p>⇒</p>		
<p><u>Avantages en nature (chauffage, loyer...)</u></p> <p>⇒</p> <p>⇒</p>		
<p><u>Rente viagère</u> (préciser le nom de l'organisme payeur)</p> <p>⇒</p> <p>A-t-elle été souscrite dans le but de vous prémunir contre la perte d'autonomie ?</p> <p><input type="checkbox"/> OUI * <input type="checkbox"/> NON</p> <p>* si oui, veuillez joindre le justificatif</p>		
<p><u>Pensions alimentaires versées par les enfants</u></p> <p>⇒</p>		

ETES VOUS PROPRIETAIRE ?

OUI

NON (vous n'avez pas à remplir le tableau ci-dessous)

SI VOUS ETES PROPRIETAIRE : REMPLIR OBLIGATOIREMENT LE TABLEAU CI-DESSOUS

Joindre la photocopie du (des) dernier(s) relevé(s) de la taxe foncière sur les propriétés bâties et sur les propriétés non bâties

BIENS IMMOBILIERS (propriétés bâties et non bâties) <i>Situation au 31 décembre de l'année civile précédant la demande</i>				
Désignation (immeubles, terrains...)	ADRESSE	USAGE	MONTANT ANNUEL des loyers ou fermages	valeur locative (1)
Résidence Principale		<input type="checkbox"/> Occupée - par (2)		
		<input type="checkbox"/> Non occupée		
AUTRES		<input type="checkbox"/> Louée		
		<input type="checkbox"/> Non loué - non exploité		
BIENS		<input type="checkbox"/> Loué		
		<input type="checkbox"/> Non loué - non exploité		
BIENS		<input type="checkbox"/> Loué		
		<input type="checkbox"/> Non loué - non exploité		
BIENS		<input type="checkbox"/> Loué		
		<input type="checkbox"/> Non loué - non exploité		
BIENS		<input type="checkbox"/> Loué		
		<input type="checkbox"/> Non loué - non exploité		

(1) La valeur locative est indiquée sur l'avis des taxes foncières ligne (base) ou sur le relevé cadastral

(2) Indiquez le cas échéant le lien de parenté

Je soussigné(e), agissant en mon nom propre / en ma qualité de représentant *, certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus et déclare avoir pris connaissance des dispositions de l'article L 133-6 du Code de l'Action Sociale et des Familles qui stipule que "le fait de percevoir frauduleusement ou de tenter de percevoir frauduleusement des prestations au titre de l'Aide Sociale" est puni des mesures prévues aux articles 313-1, 313-7 et 313-8 du Code Pénal.

* Rayer la mention inutile

Fait à, le SIGNATURE :



CERTIFICAT MEDICAL

ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE

Cher Confrère,

Dans l'intérêt de votre patient, je vous remercie de bien vouloir lui remettre, sous pli confidentiel, ce certificat médical circonstancié pour qu'il le joigne à son dossier de demande **d'Allocation Personnalisée d'Autonomie**.

Je me permets de vous rappeler que l'équipe médicale et l'ensemble des services sont astreints au secret professionnel (article 226-13 du nouveau Code Pénal).

Comptant sur votre collaboration, je vous prie d'agréer, Cher Confrère, l'expression de mes salutations distinguées.

Ce certificat médical est à retourner sous **pli confidentiel** à l'adresse suivante :

DIRECTION DE LA POLITIQUE DE L'AUTONOMIE

Division des Prestations Sociales
28-30 avenue André Malraux
57046 METZ CEDEX 1

Tél. : 03.87.56.31.31

Le Médecin Contrôleur
des Lois d'Aide Sociale

ETAT-CIVIL

NOM : Prénom :

NOM de Jeune Fille :

Date de Naissance :

Adresse :

A transmettre sous pli cacheté - **SECRET MEDICAL** -

Taille : Poids :

PATHOLOGIES PRINCIPALES motivant la demande

Diagnostic médical :

Date de début des troubles :

Autres pathologies ayant un retentissement sur la vie quotidienne et contribuant à la demande :

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

DEFICIENCES INTELLECTUELLES et/ou TROUBLES DU PSYCHISME ou du COMPORTEMENT

Trouble(s) de la mémoire, de l'orientation :

Dernier score MMS réalisé :

Trouble (s) du comportement :

- inversion rythme nyctéméral
- fugues
- agressivité
- autres :

Trouble(s) de l'humeur (dépression...) :

DEFICIENCES AUDITIVES

- non oui

Appareillage non oui

DEFICIENCES VISUELLES

- non oui (*à préciser*) :

Correction non oui

DEFICIENCES DU LANGAGE

- non oui type :

DEFICIENCES CARDIAQUE et/ou RESPIRATOIRE ayant un retentissement sur la vie quotidienne

- dyspnée (stade) :
- autres :
- oxygénothérapie à domicile

DEFICIENCES MOTRICES et de l'APPAREIL LOCOMOTEUR

Paralysie MSD MSG MID MIG Côté dominant G D
 Trouble de l'équilibre non oui (à préciser) :

 Autre (s) trouble (s) fonctionnel (s) :

 Appareillage éventuel :

DEFICIENCES ENDOCRINIENNES

Diabète : non oui complications : mal perforant non oui
 neuropathie non oui
 artériopathie non oui
 rétinopathie non oui
 hypoglycémie sévère avec malaises non oui
 Autres :

DEFICIENCES DIGESTIVES

Trouble(s) de la déglutition, trouble(s) du transit, stomie :

 Incontinence anale : permanente occasionnelle

DEFICIENCES URINAIRES

Type de trouble(s) :
 Incontinence urinaire : permanente occasionnelle
 Sonde urinaire
 Dialyse
 Couches Nombre par jour :

TRAITEMENT

Capacité à gérer son traitement : non oui

<p>INTERVENTION IDE EN COURS</p> <p><input type="checkbox"/> 1 fois / jour <input type="checkbox"/> 2 fois / jour <input type="checkbox"/> soins particuliers (pansements, sondages, soins stomies, escarres...) <input type="checkbox"/> injections</p> <p>AUTRES PARAMEDICAUX EN COURS</p> <p>Auxiliaire de vie (toilette-habillage) <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Kinésithérapeute <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Orthophoniste <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui</p>	<p>ATTITUDE PSYCHOLOGIQUE</p> <p><input type="checkbox"/> coopérant <input type="checkbox"/> opposant <input type="checkbox"/> indifférent <input type="checkbox"/> démissionnaire</p> <p>Sur la journée nécessite une surveillance : <input type="checkbox"/> constante <input type="checkbox"/> ponctuelle</p> <p>Peut faire avec stimulation :</p> <p>Toilette <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Habillage <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Alimentation <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Autres <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui (à préciser) </p>
---	--

OBSERVATIONS EVENTUELLES

.....

**CONSEQUENCES DES DEFICIENCES
DETERMINATION DU GROUPE AGGIR**

A : Fait seul totalement, habituellement, correctement
 B : Fait partiellement, non habituellement, non correctement
 C : Ne fait pas

A, B ou C

COHERENCE : converser et/ou se comporter de façon logique et sensée	
ORIENTATION : se repérer dans le temps, les moments de la journée, les lieux	
TOILETTE : hygiène corporelle : haut : A - B - C bas : A - B - C	
HABILLAGE : s'habiller, se déshabiller, se présenter + appareillage : haut : A - B - C moyen : A - B - C bas : A - B - C	
ALIMENTATION : manger les aliments préparés : se servir : A - B - C manger : A - B - C	
ELIMINATION : assurer l'hygiène de l'élimination urinaire : A - B - C fécale : A - B - C	
TRANSFERTS : se lever, se coucher, s'asseoir	
DEPLACEMENTS INTERIEURS : avec <input type="checkbox"/> canne, <input type="checkbox"/> déambulateur, <input type="checkbox"/> fauteuil roulant	
DEPLACEMENTS EXTERIEURS : à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport	
COMMUNICATION à distance : téléphone, sonnette, alarme	

A, le

Signature et Cachet

Horaires auxquels vous pouvez être joint à votre cabinet médical :

 :

.....

.....

.....

.....

A CONSERVER

PIECES A JOINDRE IMPERATIVEMENT A LA PRESENTE DEMANDE DANS LE CADRE DE SON INSTRUCTION

- CERTIFICAT MEDICAL rempli par le médecin traitant datant de MOINS DE 2 MOIS permettant d'évaluer le degré de perte d'autonomie
- Photocopie :
 - du livret de famille ou de la carte nationale d'identité ou d'un passeport de la Communauté Européenne ou de l'extrait de naissance
 - de la carte de résidence ou du titre de séjour pour les personnes de nationalité étrangère
- Photocopie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition sur le revenu
- Formulaire de déclaration des ressources joint à la demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie
- Photocopie du dernier relevé des taxes foncières sur les propriétés bâties et non bâties
- Justificatifs des revenus de placements soumis au prélèvement libératoire en application de l'Article 125A du Code Général des Impôts
- Si majoration pour tierce personne, copie de la notification
- Si vous percevez une rente viagère constituée par vous-même ou vos enfants pour vous prémunir contre le risque de perte d'autonomie, joindre les justificatifs
- Si jugement de mise sous tutelle, nom, adresse du tuteur, copie du jugement et relevé d'identité bancaire ou postal du tuteur
- Un relevé d'identité bancaire ou postal **établi au nom du demandeur.**

🔑 RAPPEL : VEILLER A BIEN AGRAFER L'ENSEMBLE DU DOSSIER (AVEC LES PIECES A JOINDRE)

