

**FEUILLET N°1****A - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DEMANDEUR**

		LE CONJOINT, CONCUBIN OU PACS
NOM USUEL		
NOM DE JEUNE FILLE		
PRENOM		
DATE DE NAISSANCE		
SITUATION DE FAMILLE (célibataire, marié, concubin, pacs, divorcé, séparé, veuf)		
NATIONALITE (date de limite de validité de la carte de séjour pour les étrangers)		
CAISSE ET N° DE SECURITE SOCIALE		
PROFESSION		
REGIME DE RETRAITE PRINCIPAL		

**B - ADRESSE ACTUELLE DU DEMANDEUR**

Date d'arrivée à cette adresse	N° et voie	Commune	Code postal et bureau distributeur

☎ Téléphone (obligatoire) : \_\_\_\_\_

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

A domicile, le demandeur est :  locataire  propriétaire  usufruitier  logé à titre gratuit

Adresse précédente : (si déménagement depuis moins de trois mois ou si résidence en établissement)

\_\_\_\_\_ depuis le : \_\_\_\_\_

**ADRESSE ACTUELLE DU CONJOINT, DU CONCUBIN OU DE LA PERSONNE AVEC QUI A ETE CONCLU UN PACS**

Date d'arrivée à cette adresse	N° et voie	Commune	Code postal et bureau distributeur

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

**C - REPRESENTANT DE LA PERSONNE**

Le demandeur est-il sous tutelle ou curatelle ? OUI  NON

si OUI Nom et prénom du tuteur ou curateur ou nom de l'organisme de tutelle  
 (préciser le nom du délégué) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ ☎ (obligatoire) : \_\_\_\_\_

si NON Y a-t-il lieu de contacter une personne en particulier pour suivre le dossier ?  
 (autre que le conjoint) OUI  NON

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

☎ (obligatoire) : \_\_\_\_\_ @ email : \_\_\_\_\_

S'agit-il d'un membre de la famille ? OUI  NON  Lien de parenté : \_\_\_\_\_

**FEUILLET N°2****D - RESSOURCES ANNUELLES DU DEMANDEUR**

<b>1 - RETRAITES PRINCIPALES</b>	Nom et adresse de l'organisme	N° d'allocataire ou de retraite	MONTANT
Allocation spéciale vieillesse et allocation supplémentaire			
Régime général CRAM			
Mutualité sociale agricole			
AVA (Retraite des Artisans)			
ORGANIC (Retraite des Commerçants)			
Autres caisses de retraite "non salariés"			
Régimes spéciaux (fonctionnaires, SNCF, etc...)			
Régimes étrangers			

<b>2 - RETRAITES COMPLEMENTAIRES (ARRCO, AGIRC, etc...) NOM DE L'ORGANISME :</b>	MONTANT

<b>3 - REMUNERATIONS</b>	MONTANT
Traitements et salaires	
Bénéfice Agricole ou B.I.C. (rayer la mention inutile)	
Indemnités journalières de maladie	

<b>4 - ALLOCATIONS DIVERSES ET AUTRES REVENUS</b>	MONTANT
Rente ou pension d'invalidité	
Rente viagère	
Revenus locatifs, fermage	
Revenus de capitaux	
Allocation logement	
Autres (précisez)	

<b>TOTAL</b>	
--------------	--

**FEUILLET N°2 Bis****D - RESSOURCES ANNUELLES DU CONJOINT, CONCUBIN OU LA PERSONNE AVEC LAQUELLE A ETE CONCLU UN PACS**

<b>1 - RETRAITES PRINCIPALES</b>	Nom et adresse de l'organisme	N° d'allocataire ou de retraite	MONTANT
Allocation spéciale vieillesse et allocation supplémentaire			
Régime général CRAM			
Mutualité sociale agricole			
AVA (Retraite des Artisans)			
ORGANIC (Retraite des Commerçants)			
Autres caisses de retraite "non salariés"			
Régimes spéciaux (fonctionnaires, SNCF, etc...)			
Régimes étrangers			

<b>2 - RETRAITES COMPLEMENTAIRES (ARRCO, AGIRC, etc...) NOM DE L'ORGANISME :</b>	MONTANT

<b>3 - REMUNERATIONS</b>	MONTANT
Traitements et salaires	
Bénéfice Agricole ou B.I.C. (rayer la mention inutile)	
Indemnités journalières de maladie	

<b>4 - ALLOCATIONS DIVERSES ET AUTRES REVENUS</b>	MONTANT
Rente ou pension d'invalidité	
Rente viagère	
Revenus locatifs, fermage	
Revenus de capitaux	
Allocation logement	
Autres (précisez)	

<b>TOTAL</b>	
--------------	--

**FEUILLET N°3****PATRIMOINE****E - BIENS IMMOBILIERS****(appartenant au demandeur, au conjoint, concubin ou la personne avec laquelle a été conclu un PACS)**

<b>Désignation *</b> (maison, appartement, propriété agricole, terrain bâti ou non bâti...)	<b>Adresse</b>	<b>Valeur locative</b>

\* préciser s'il s'agit de biens en pleine propriété, en nue-propriété ou en indivision

**Services ménagers, portage de repas, aide sociale hébergement uniquement :**Avez-vous effectué une **donation** ?     OUI\*                       NON\* si **OUI**, joindre copie acte notarié ou déclaration aux services fiscaux

<b>F - BIENS MOBILIERS ET EPARGNE</b> (Joindre les justificatifs ou faire compléter et tamponner ce feuillet par vos banques)	<b>MONTANT : Demandeur</b>		<b>MONTANT : Conjoint, Concubin ou PACS</b>	
	<b>CAPITAL</b>	<b>INTERETS Annuels</b>	<b>CAPITAL</b>	<b>INTERETS Annuels</b>
<b>CAPITAUX NON PRODUCTIFS D'INTERÊTS</b> (si montant > à 1.500 Euros, exemple : Compte-chèques)				
<b>CAPITAUX PRODUCTIFS D'INTERÊTS</b>				
Livret d'épargne : 1er livret 2ème livret				
Livret d'épargne Populaire (L.E.P.)				
C.O.D.E.V.I.				
Livret ou Compte Epargne Logement				
Bons d'Epargne, Bons de caisse, Bons de capitalisation				
Epargne assurance vie (ex : SUREPARGNE - ASSURDIX)				
P.E.P.				
Obligations - Actions				
S.I.C.A.V. et fonds commun de placement				
S.C.P.I.				
Bons anonymes				
AUTRES : préciser				

**RECEPISSE DE DEMANDE D'AIDE  
POUR UNE PERSONNE AGEE**

**NOM :**

PRENOM :

COMMUNE :

CANTON :

RESERVE D.D.S.

N° DOSSIER :

CIRCONSCRIPTION :

La présente demande vise à l'obtention d'une aide à la dépendance :

- à domicile :  aide ménagère -  portage de repas -  Allocation Personnalisée d'Autonomie
- en établissement :  aide sociale hébergement -  Allocation Personnalisée d'Autonomie

Elle concerne :

- une personne seule ou un seul membre du couple
- les deux membres du couple

Je soussigné :

- agissant en mon nom propre
  - en ma qualité de représentant de M. \_\_\_\_\_
- (rayer la mention inutile)

certifie l'exactitude des renseignements figurant sur la présente demande, avoir pris connaissance des sanctions encourues en cas de fausse déclaration et m'engage à fournir toutes les pièces justificatives qui me seraient demandées.

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

**Signature du demandeur  
(ou autre à préciser)**

**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 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, en justifiant de votre identité, à :

Monsieur le Président du Conseil Général  
à l'adresse ci-dessous :

DIRECTION DU DEVELOPPEMENT SOCIAL  
Service Personnes âgées – Personnes handicapées  
Hôtel du Département  
1633, avenue du Maréchal Leclerc  
47922 AGEN Cedex 9

**RECEPISSE DE DEMANDE D'AIDE  
POUR UNE PERSONNE AGEE**

**NOM :**

PRENOM :

COMMUNE :

CANTON :

RESERVE D.D.S.

N° DOSSIER :

CIRCONSCRIPTION :

La présente demande vise à l'obtention d'une aide à la dépendance :

- à domicile :  aide ménagère -  portage de repas -  Allocation Personnalisée d'Autonomie
- en établissement :  aide sociale hébergement -  Allocation Personnalisée d'Autonomie

Elle concerne :

- une personne seule ou un seul membre du couple
- les deux membres du couple

Je soussigné :

- agissant en mon nom propre
  - en ma qualité de représentant de M. \_\_\_\_\_
- (rayer la mention inutile)

certifie l'exactitude des renseignements figurant sur la présente demande, avoir pris connaissance des sanctions encourues en cas de fausse déclaration et m'engage à fournir toutes les pièces justificatives qui me seraient demandées.

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

**Signature du demandeur  
(ou autre à préciser)**

**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 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, en justifiant de votre identité, à :

Monsieur le Président du Conseil Général  
à l'adresse ci-dessous :

DIRECTION DU DEVELOPPEMENT SOCIAL  
Service Personnes âgées – Personnes handicapées  
Hôtel du Département  
1633, avenue du Maréchal Leclerc  
47922 AGEN Cedex 9

**RECEPISSE DE DEMANDE D'AIDE  
POUR UNE PERSONNE AGEE**

**NOM :**

PRENOM :

COMMUNE :

CANTON :

RESERVE D.D.S.

N° DOSSIER :

CIRCONSCRIPTION :

La présente demande vise à l'obtention d'une aide à la dépendance :

- à domicile :  aide ménagère -  portage de repas -  Allocation Personnalisée d'Autonomie
- en établissement :  aide sociale hébergement -  Allocation Personnalisée d'Autonomie

Elle concerne :

- une personne seule ou un seul membre du couple
- les deux membres du couple

Je soussigné :

- agissant en mon nom propre
  - en ma qualité de représentant de M. \_\_\_\_\_
- (rayer la mention inutile)

certifie l'exactitude des renseignements figurant sur la présente demande, avoir pris connaissance des sanctions encourues en cas de fausse déclaration et m'engage à fournir toutes les pièces justificatives qui me seraient demandées.

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

**Signature du demandeur  
(ou autre à préciser)**

**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 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, en justifiant de votre identité, à :

Monsieur le Président du Conseil Général  
à l'adresse ci-dessous :

DIRECTION DU DEVELOPPEMENT SOCIAL  
Service Personnes âgées – Personnes handicapées  
Hôtel du Département  
1633, avenue du Maréchal Leclerc  
47922 AGEN Cedex 9

**FEUILLET N°5**

**CADRE RÉSERVÉ A LA MAIRIE OU CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE**

☛ POUR UNE DEMANDE D'AIDE SOCIALE HEBERGEMENT UNIQUEMENT, LISTE DES OBLIGES ALIMENTAIRES (conjoint, père, mère, enfants, petits-enfants, gendres et belles filles) :

NOM - Prénom	Lien de parenté	Adresse

☛ AVIS DU MAIRE, PRESIDENT DU CONSEIL D'ADMISTRATION DU C.C.A.S. :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature



**CADRE RÉSERVÉ A LA MAIRIE OU CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE**

☞ AVIS DU MAIRE, PRESIDENT DU CONSEIL D'ADMISTRATION DU C.C.A.S. :

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature

## NOTICE

### Pour constituer un dossier relatif à une demande d'AIDE POUR PERSONNE AGEÉ

☞ Remplir le modèle de demande.

☞ Répondre scrupuleusement à toutes les rubriques de la demande, en indiquant "néant" le cas échéant.

#### ■ Joindre obligatoirement :

*Tout dossier incomplet ne pourra être traité.*

- La photocopie du livret de famille ou de la carte nationale d'identité ou d'un passeport de la communauté européenne ou un extrait d'acte de naissance. S'il s'agit d'un demandeur de nationalité étrangère, la photocopie de la carte de résidence ou du titre de séjour.
- Une photocopie des pièces justificatives de toutes vos ressources de l'année civile précédant la demande (par exemple : pour l'année 2002 les ressources 2001) et, le cas échéant, des ressources de votre conjoint ou de votre concubin ou de la personne avec qui vous avez conclu un pacte civil de solidarité.
- Une attestation bancaire détaillée mentionnant la liste des comptes existants et les revenus de capitaux perçus ou capitalisés au titre de l'année 2009 (livret A, LEP, CODEVI, obligations, actions et titres,...).
- Une photocopie de l'avis d'imposition ou de non imposition.
- Les justificatifs de domicile :
  - ☞ Photocopie d'une quittance de loyer si vous êtes locataire, appel de charges de copropriété, avis d'imposition de taxe foncière sur les propriétés bâties et non bâties si vous êtes propriétaire ou tout autre document en votre possession.
- La copie de l'attestation de la carte Vitale.
- Un relevé d'identité bancaire ou postal personnel.

#### et le cas échéant :

- La copie du jugement du tutelle ou de curatelle.
- Pour les demandes de services ménagers, portage de repas et aide sociale hébergement la copie intégrale des actes de donation-partage, legs, ventes.

**DATE D'ENVOI DU DOSSIER PAR LA MAIRIE :**



DIRECTION DU DEVELOPPEMENT SOCIAL

**DOCUMENT PREPARATOIRE A UNE VISITE À DOMICILE DANS LE CADRE  
D'UNE DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE**

**1 - DEMANDEUR**

NOM PATRONYMIQUE : .....

PRENOM : .....

NOM DE JEUNE FILLE : .....

Adresse complète : .....

.....

N° digicode : ..... Etage : ..... Bâtiment : .....

N° de téléphone : .....

**2 - CONDITIONS DE LOGEMENT**

Vivez-vous :

*(cochez la case)*

• à votre domicile

• chez un membre de votre famille

• dans une famille d'accueil

**3 - SI HABITAT RURAL DISPERSÉ, PLAN D'ACCÈS AU DOMICILE DU DEMANDEUR**

Le domicile du demandeur est situé sur la route n° .....

au lieu dit .....

SCHÉMA TOPOGRAPHIQUE

*(signaler les repères utiles : mairie, école, monument, église, transformateur, cimetière, croisement ou tout autre repère).*



**Certificat médical relatif à une demande d'APA à domicile avec ou sans demande de CMI**

Ce certificat médical est adressé au médecin de l'équipe médico-sociale (EMS) en charge de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) du département.

Il peut donner lieu à un échange et partage d'informations au sein de l'EMS APA qui constitue une équipe de soins. Les informations communiquées avec l'accord de votre patient serviront à établir le plan d'aide APA le plus adapté à sa situation et à déterminer son éligibilité à une carte mobilité inclusion (CMI).

Vous pouvez joindre à ce certificat les comptes rendus et documents les plus récents et significatifs permettant de mieux comprendre la situation.

**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 retentissement significatif sur la vie quotidienne de la personne** (apragmatisme, dénutrition, troubles de l'équilibre, troubles cognitifs, troubles de la communication, etc.) :

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

**2. Prise(s) en charge(s) thérapeutique(s)**

**Indiquez les prises en charges thérapeutiques présentes de manière prolongée et pouvant avoir des répercussions dans la vie de la personne du fait de mode d'administration, de temps de traitement, de répétitions, d'effets secondaires, de contraintes géographiques, etc.** (chimiothérapie, dialyse, ...) :

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

**3. Perspective d'évolution de l'atteinte de l'autonomie**

- Stabilité       Amélioration (préciser la durée prévisible des limitations fonctionnelles : < 1 an  > 1 an  )  
 Aggravation       Evolutivité majeure       Non définie

**4. Mobilité - Déplacements**

> **Périmètre de marche ?**      < 200 m       > 200 m

> <b>Le patient a-t-il :</b>	<b>Non</b>	<b>Oui</b>
○ Une station debout pénible ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ Une prothèse externe des membres inférieurs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ Une oxygénothérapie pour tous ses déplacements?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

> **Pour ses déplacements, la personne a-t-elle besoin systématiquement d'une aide ?** Non  Oui  (précisez)

- Aide humaine (quelles que soient les difficultés rencontrées)  
 Canne     Déambulateur     Fauteuil roulant  
 Autre aide technique (précisez) : .....

## 5. Évaluation de la perte d'autonomie

Mobilité, manipulation et capacité motrice	Réalisé seul et/ou avec une aide technique	Réalisé avec l'aide d'un proche ou d'un professionnel	Non réalisé	Ne se prononce pas
Assurer ses transferts (se lever, s'asseoir, se coucher) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déplacer à l'intérieur du domicile :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déplacer à l'extérieur du domicile :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avoir la préhension manuelle :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avoir des activités de motricité fine :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Précisions : .....

.....

.....

Autres actes essentiels de la vie quotidienne	Réalisé seul et/ou avec une aide technique	Réalisé avec l'aide d'un proche ou d'un professionnel	Non réalisé	Ne se prononce pas
Faire sa toilette :	<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"/>
Manger et boire des aliments préparés :	<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"/>
Assurer l'hygiène de l'élimination fécale :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Précisions : .....

.....

.....

Cognition / Capacité cognitive	Réalisé seul et/ou avec une aide technique	Réalisé avec l'aide d'un proche ou d'un professionnel	Non réalisé	Ne se prononce pas
S'orienter dans le temps :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'orienter dans l'espace :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gérer sa sécurité personnelle :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maîtriser son comportement :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cohérence des réponses aux questions ? Oui  Non  Si connu, indiquez le score MMS : /

Précisions: .....

.....

.....

## 6. Déficiences sensorielles

- > **En cas de déficience auditive avec un retentissement significatif**, merci de joindre le compte rendu type pour un bilan auditif rempli par un ORL (Volet 1 du Cerfa n°15695\*01-certificat médical MDPH)
- > **En cas de déficience visuelle avec un retentissement significatif**, merci de joindre le compte-rendu type pour un bilan ophtalmologique rempli par un ophtalmologiste (Volet 2 du Cerfa n°15695\*01-certificat médical MDPH)

Document rédigé à la demande du patient et remis en main propre.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Cachet du médecin ou n° RPPS

Signature