



LE DÉPARTEMENT

NOM : .....

Prénom : .....

Commune : .....

**DEMANDE  
D'ALLOCATION DÉPARTEMENTALE  
PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE  
(ADPA)**

DOSSIER ADMINISTRATIF

**DOSSIER À COMPLÉTER PAR VOS SOINS ET  
À RETOURNER À VOTRE MAISON DU RHÔNE**

**VOTRE MAISON DU RHÔNE**

# RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DEMANDEUR

## ADRESSE ACTUELLE

Résidence.....  
 N° et nom de la voie .....  
 .....  
 Bât ..... Étage ..... Code interphone .....  
 Code postal .....  
 Commune .....

### Téléphone obligatoire

- Précisez s'il s'agit :
- d'un domicile privé (personnel, familial ...)
  - d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées :
    - section maison de retraite
    - section long séjour
    - section cure médicale
  - d'un accueil par un particulier à domicile à titre onéreux (accueillant familial)

Nom et adresse d'une **personne référente** à contacter pour le suivi du dossier : .....  
 .....  
 N° tel : ..... Autres n° tel : .....  
 Lien de parenté : ..... Date de naissance : .....

## ADRESSE PRÉCÉDENTE

**Ne remplir que si le demandeur est :**

- soit en établissement ;
- soit résidant depuis moins de trois mois dans le Département du Rhône ;
- soit résidant dans un autre Département depuis moins de trois mois.

Adresse .....  
 .....  
 Code postal .....  
 Commune .....

**DATE DU CHANGEMENT DE DÉPARTEMENT :**

**DATE D'ENTRÉE EN ÉTABLISSEMENT :**

ÉTAT CIVIL	DEMANDEUR	CONJOINT OU CONCUBIN OU PARTENAIRE D'UN PACS												
NOM														
Nom de jeune fille														
Prénom(s)														
Date de naissance														
N° de sécurité sociale														
Caisse de retraite														
Nationalité														
Date de fin de validité de la carte de séjour														
Renseignements concernant la situation actuelle	<input type="checkbox"/> marié(e) <input type="checkbox"/> concubin(e) <input type="checkbox"/> PACS <input type="checkbox"/> divorcé(e) <input type="checkbox"/> séparé(e) <input type="checkbox"/> veuf(ve) <input type="checkbox"/> autre : ..... depuis le : .....	<input type="checkbox"/> retraité(e) <input type="checkbox"/> en activité <input type="checkbox"/> réside au domicile <input type="checkbox"/> réside en établissement <input type="checkbox"/> réside en famille d'accueil <input type="checkbox"/> autre												
<p>➤ <b>Bénéficiez-vous actuellement de :</b></p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 60%;">- la majoration tiers personne (MTP)</td> <td style="width: 20%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> Oui</td> <td style="width: 20%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> Non</td> </tr> <tr> <td>- l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Oui</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Non</td> </tr> <tr> <td>- la prestation de compensation du handicap (PCH)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Oui</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Non</td> </tr> <tr> <td>- la prise en charge d'heures d'aide ménagère</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Oui</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Non</td> </tr> </table> <p style="margin-left: 40px;">Si oui :   <input type="checkbox"/> par votre caisse de retraite                                        <input type="checkbox"/> par l'aide sociale</p> <p>➤ <b>Mentionnez, le cas échéant, si vous faites l'objet d'une mesure de :</b></p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/> sauvegarde de justice   <input type="checkbox"/> curatelle   <input type="checkbox"/> tutelle (joindre une photocopie du jugement)</p>			- la majoration tiers personne (MTP)	<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	- la prise en charge d'heures d'aide ménagère	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
- la majoration tiers personne (MTP)	<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												
- la prise en charge d'heures d'aide ménagère	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non												
Nom et adresse du tuteur ou de l'association chargée de la gestion des biens : ..... Téléphone : .....														

## RESSOURCES ANNUELLES

**Joindre la photocopie intégrale (recto-verso) du dernier avis d'imposition**

	MONTANTS PERÇUS	
	PAR LE DEMANDEUR	PAR LE CONJOINT/CONCUBIN/ PARTENAIRE D'UN PACS
Montant des ressources soumises à prélèvement libératoire et non indiquées sur l'avis d'imposition		
Concours financiers des enfants pour la prise en charge de la perte d'autonomie		
<b>TOTAL</b>		

## PATRIMOINE DU FOYER

**Le demandeur est-il propriétaire de biens immobiliers ?**

Oui (joindre la photocopie intégrale de la taxe foncière)  Non

NATURE DES BIENS/ADRESSE <small>Exemples : maison, appartement, terres agricoles, bâtiments de fermes, etc.</small>	USAGE ACTUEL <small>Exemples : occupé par le demandeur, occupé à titre gratuit, en location, en fermage, non exploité, usufruit, etc.</small>	MONTANT DES REVENUS <small>Fonciers Montants annuels procurés par les biens</small>

## DEMANDE D'ADPA À DOMICILE - INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

➤ Bénéficiez-vous d'aide de votre entourage (famille, voisins, amis, bénévoles...) ?

Oui  Non

Si oui, de quel type : .....

➤ Bénéficiez-vous actuellement :

d'une aide à domicile - Nom du service d'aide : .....

d'une auxiliaire de vie - Nom du service d'aide : .....

de services de soins infirmiers - Nom du service d'aide : .....

de portage de repas - Nom du service d'aide : .....

➤ Avez-vous été récemment hospitalisé(e) ?  Non

Oui, date du retour à domicile : .....  Je suis actuellement hospitalisé(e)  
(joindre un bulletin d'hospitalisation)

➤ Nom de votre médecin traitant : ..... Commune : .....

# ENGAGEMENTS MUTUELS

LE DÉPARTEMENT DU RHÔNE	LE DEMANDEUR
<p><b>À DOMICILE</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>❖ Si vous êtes éligible à l'ADPA, 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.</li><li>❖ Les frais liés à votre perte d'autonomie seront pris en charge de la manière suivante :</li></ul> $\begin{array}{rcl} \text{Montant} & = & \text{Versement du Département} \\ \text{du plan d'aide} & & + \\ & & \text{Participation personnelle} \\ & & \text{du demandeur} \\ & & \text{en fonction de ses ressources} \end{array}$ <ul style="list-style-type: none"><li>❖ Vous pourrez demander à tout moment une révision de ce plan d'aide afin qu'il suive l'évolution de vos besoins.</li></ul> <p><b>EN ÉTABLISSEMENT</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>❖ Le montant de l'ADPA 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><b>À DOMICILE</b></p> <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 le Département et non dépensées.</li><li>❖ signaler rapidement tout changement de situation (hospitalisation, entrée en établissement...) à la Maison du Rhône.</li></ul> <p><b>EN ÉTABLISSEMENT</b></p> <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 rapidement tout changement de situation (hospitalisation, changement d'établissement, sortie d'établissement...) à la Maison du Rhône.</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.**

**Si mon niveau de perte d'autonomie ne me permet pas de bénéficier de l'ADPA, j'autorise le Département à transmettre mon dossier à ma caisse de retraite.**

Oui       Non

Fait à .....

**SIGNATURE :**

le .....

*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 du Rhône traitant l'instruction de votre dossier.*

## LISTE DES DOCUMENTS À FOURNIR

- Le dossier de demande complété et signé.
- Pour les personnes de nationalité française ou ressortissantes de la Communauté européenne :
  - Au choix  Une photocopie intégrale du livret de famille
  - Une photocopie de la carte nationale d'identité
  - Une photocopie du passeport de la Communauté européenne
  - Un extrait d'acte de naissance.
- Pour les personnes de nationalité étrangère, hors Communauté européenne :
  - Au choix  Une photocopie de la carte de résidence en cours de validité
  - une photocopie du titre de séjour en cours de validité
- 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.
- Une photocopie intégrale du dernier avis d'imposition relatif à la taxe foncière sur les propriétés bâties et sur les propriétés non bâties.
- 2 relevés d'identité bancaire (RIB) ou postale (RIP) originaux aux nom et prénom officiels du demandeur.
- Une copie du jugement de mise sous protection judiciaire (tutelle, curatelle), le cas échéant.

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

- Le formulaire d'accord de paiement direct des heures d'aide à domicile effectuées par un service prestataire.
- 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'ADPA EN ÉTABLISSEMENT**

- La grille nationale d'évaluation de l'autonomie (grille AGGIR), complétée par l'équipe médicale de l'établissement d'accueil.

Les demandeurs en établissement peuvent autoriser le versement de l'ADPA directement à l'établissement.

Dans ce cas, joindre :

- L'autorisation signée par le demandeur (ci-dessous)
- Le RIB ou RIP de l'établissement d'accueil

Pour les établissements d'accueil se situant hors du département du Rhône

- Une copie de l'arrêté de tarification de l'établissement.



### **AUTORISATION DE VERSEMENT DIRECT DE L'ADPA À L'ÉTABLISSEMENT D'ACCUEIL**

**Je soussigné(e), M. ou Mme** ..... **agissant :**

- en mon nom propre**
- en ma qualité de tuteur de :** .....

**autorise le Département du Rhône à verser directement le montant de l'allocation à l'établissement :**

.....

**SIGNATURE :**

**Fait à** ..... **le** .....



LE DÉPARTEMENT

**ALLOCATION DÉPARTEMENTALE PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE  
(ADPA) À DOMICILE**

**Accord de paiement direct des heures d'aide à domicile  
effectuées par un service prestataire**

Je soussigné(e)

NOM : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

donne mon accord pour le versement direct de l'ADPA au service d'aide prestataire, que je choisirai à la suite de mon admission, en règlement des heures d'aide à domicile réalisées à mon profit.

**J'informe le Département du Rhône 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 prestataire qui interviendra à mon domicile mais j'ai bien noté que je devrai prévenir la Maison du Rhône dès que j'en aurai connaissance.

J'autorise par ailleurs le Département du Rhône à communiquer au service d'aide l'ensemble des informations relatives à mes droits à l'ADPA nécessaire à la facturation des services rendus.

Fait à .....

Le .....

Signature du demandeur  
ou de son représentant légal



LE DÉPARTEMENT

NOM : .....

Prénom : .....

Commune : .....

**DEMANDE  
D'ALLOCATION DÉPARTEMENTALE  
PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE  
(ADPA)**

DOSSIER MÉDICAL

**DOSSIER À COMPLÉTER PAR VOTRE MÉDECIN  
ET À RETOURNER À VOTRE MAISON DU RHÔNE**

**CERTIFICAT MÉDICAL**  
**ALLOCATION DEPARTEMENTALE PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE**

Cher confrère,

Votre patient a l'intention d'établir une demande d'allocation personnalisée d'autonomie. Je vous serai obligé de bien vouloir remettre ce certificat circonstancié sous pli confidentiel et y joindre tout document complémentaire que vous jugeriez utile. En vous remerciant par avance de votre obligeance, je vous prie d'agréer, cher confrère, l'expression de mes salutations confraternelles.

Le médecin de l'équipe médico-sociale <sup>1</sup>

---

**Identification du demandeur**

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

Adresse .....  
.....

---

**Diagnostic principal motivant la demande**

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

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

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

---

<sup>1</sup> Le médecin de l'équipe médico-sociale est astreint au secret médical (article 226-13 du code pénal).

## **Traitements suivis**

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

## **Le patient peut-il**

- Gérer seul son traitement
- Prendre seul ses médicaments

## **État général**

Taille : ..... Poids : .....  
.....

## **Déficience des fonctions supérieures**

- |  |   |
|--|---|
| Déficience intellectuelle <input type="checkbox"/> | Troubles psychiatrique <input type="checkbox"/> |
| Troubles de mémoire <input type="checkbox"/>       | Troubles de l'humeur <input type="checkbox"/>   |
| Troubles du comportement <input type="checkbox"/>  | Désorientation <input type="checkbox"/>         |

MMS : score /30

## **Déficience neuro-motrice** - préciser la localisation et le type de troubles :

Hémicorps droit  Hémicorps gauche  autre

Marche avec aide par :

- Tierce personne
- Aide technique :  
Canne  Déambulateur  Fauteuil roulant

## **Déficience de la fonction cardiorespiratoire**

Signes de décompensation  Assistance respiratoire

## **Déficience de la vision**

Perte de l'acuité visuelle  œil droit  œil gauche   
Troubles associés  .....

## **Déficience de l'audition**

Perte d'audition  oreille droite  oreille gauche   
Troubles associés   
Appareillage

**Déficience du langage et de la parole**

Dysarthrie

Aphasie

**Déficience sphère digestive**

Troubles de la déglutition

Stomie

Incontinence fécale

**Déficience fonction urinaire**

Incontinence urinaire

Dialyse

---

**Aides existantes**

Aide à domicile  .....

Infirmière  .....

Kinésithérapeute  .....

Portage de repas  .....

Téléalarme  .....

Aidants familiaux  .....

Autres  .....

---

**Synthèse de la situation et perspective d'évolution**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

---

**Date**

**Signature et cachet du médecin**

## ÉVALUATION 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...). Cette grille, remplie par le médecin traitant à domicile, ou en équipe pluridisciplinaire en établissement, servira de support à la détermination de la perte d'autonomie du demandeur.

### **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 Correctement (C)**

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

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

= La personne fait difficilement mais les conditions ne sont pas remplies pour un ou plusieurs adverbess. Il s'agit alors d'identifier les 1, 2 ou 3 adverbess, celui ou ceux qui posent problème et qui rend ou rendent indispensable l'intervention d'un tiers.

**Fait seule** = en complète autonomie.

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

Grille remplie :

- A domicile
- Au cabinet
- En équipe pluridisciplinaire

Date de l'évaluation :

Cachet et signature :