



LE DÉPARTEMENT

NOM :

Prénom :

Commune :

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

**DOSSIER À COMPLÉTER 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

➤ **Bénéficiez-vous actuellement de :**

- la majoration tiers personne (MTP) Oui Non
- l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) Oui Non
- la prestation de compensation du handicap (PCH) Oui Non
- la prise en charge d'heures d'aide ménagère Oui Non

Si oui : par votre caisse de retraite
 par l'aide sociale

➤ **Mentionnez, le cas échéant, si vous faites l'objet d'une mesure de :**

- sauvegarde de justice curatelle tutelle (joindre une photocopie du jugement)

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		
TOTAL		

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	LE DEMANDEUR									
<p>À DOMICILE</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ 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. ❖ Les frais liés à votre perte d'autonomie seront pris en charge de la manière suivante : <table style="margin-left: 40px; border: none;"> <tr> <td style="text-align: right;">Montant</td> <td style="text-align: center;">=</td> <td style="text-align: center;">Versement du Département</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">+</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">du plan d'aide</td> <td></td> <td style="text-align: center;">Participation personnelle du demandeur en fonction de ses ressources</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Vous pourrez demander à tout moment une révision de ce plan d'aide afin qu'il suive l'évolution de vos besoins. <p>EN ÉTABLISSEMENT</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Le montant de l'ADPA dépendra de votre niveau d'autonomie, de vos ressources et du tarif dépendance de votre établissement d'accueil. ❖ 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. 	Montant	=	Versement du Département			+	du plan d'aide		Participation personnelle du demandeur en fonction de ses ressources	<p>À DOMICILE</p> <p>Je m'engage à :</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ utiliser les sommes versées comme le prévoit mon plan d'aide. ❖ transmettre régulièrement tous les justificatifs. ❖ rembourser les sommes allouées par le Département et non dépensées. ❖ signaler rapidement tout changement de situation (hospitalisation, entrée en établissement...) à la Maison du Rhône. <p>EN ÉTABLISSEMENT</p> <p>Je m'engage à :</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ utiliser les sommes versées afin de régler le tarif dépendance de l'établissement. ❖ signaler rapidement tout changement de situation (hospitalisation, changement d'établissement, sortie d'établissement...) à la Maison du Rhône.
Montant	=	Versement du Département								
		+								
du plan d'aide		Participation personnelle du demandeur en fonction de ses ressources								

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.

J'autorise le Département du Rhône à transmettre, le cas échéant, 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

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 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

**CERTIFICAT MEDICAL
ALLOCATION PERSONNALISEE 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 lui remettre ce certificat circonstancié sous pli confidentiel.
Je me permettrai de prendre éventuellement contact avec vous pour des renseignements complémentaires.

Le médecin départemental

Dr.
Tél :

IDENTIFICATION DU DEMANDEUR

Nom Prénom

Date de naissance

Adresse

Taille Poids

PATHOLOGIES RÉPERTORIÉES

Cardio-vasculaires et pneumologiques :

.....

Neurologiques :

.....

Psychiatriques :

.....

Rhumatologiques et traumatologiques :

.....

Dermatologiques :

.....

Digestives / Uronéphrologiques / Gynécologiques :

.....

Endocrinologiques :

.....

Ophthalmologiques :

.....

Oto-rhino-laryngologiques :

.....

Autres pathologies :

.....

.....

.....

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...). Se rapporter au guide d'utilisation.

Cette grille, remplie par le médecin traitant à domicile, ou en équipe pluridisciplinaire en établissement, servira de support à la détermination du GIR du demandeur.

A = fait seul totalement, habituellement, correctement - B = fait partiellement - C = ne fait pas

GRILLE NATIONALE AGGIR-VARIABLES DISCRIMINANTES	A, B, C		Observations
COHERENCE - Converser et/ou se comporter de façon sensée			
ORIENTATION - Se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux			
TOILETTE Concerne l'hygiène corporelle	Haut		
	Bas		
HABILLAGE S'habiller - Se déshabiller - Se présenter	Haut		
	Moyen		
	Bas		
ALIMENTATION Manger les aliments préparés	Se servir		
	Manger		
ÉLIMINATION Assurer l'hygiène de l'élimination	Urinaire		
	Fécale		
TRANSFERTS - Se lever - Se coucher - S'asseoir			
DEPLACEMENTS A L'INTERIEUR - Avec ou sans canne - Déambulateur - F. roulant			
DEPLACEMENTS A L'EXTERIEUR - A partir de la porte d'entrée sans moyen de transport			
COMMUNICATION A DISTANCE - Utiliser les moyens de communication - téléphone - sonnette - alarme			
GRILLE NATIONALE AGGIR - VARIABLES ILLUSTRATIVES			
GESTION - Gérer ses propres affaires - son budget - ses biens			
CUISINE - Préparer ses repas et les conditionner pour être servis			
MÉNAGE - Effectuer l'ensemble des travaux ménagers			
TRANSPORT - Prendre et/ou commander un moyen de transport			
ACHATS - Acquisition directe ou par correspondance			
SUIVI DU TRAITEMENT - Se conformer à l'ordonnance du médecin			
ACTIVITES DE TEMPS LIBRE - Activités sportives, culturelles, sociales, de loisir ou de passe-temps			

Grille remplie :

A domicile

Au cabinet

En équipe pluridisciplinaire

Date :

Cachet et signature :