



LA DÉCLARATION DOIT S'EFFECTUER EN EUROS	RESSOURCES DU FOYER			
	DEMANDEUR		CONJOINT/CONCUBIN PERSONNE CONTRAT PACS	
NATURE	CAISSE OU ORGANISME	MONTANT ANNUEL	CAISSE OU ORGANISME	MONTANT ANNUEL
<b>Retraites principales</b> .....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
<b>Retraite(s) complémentaire(s)</b> .....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
<b>Revenus des biens mobiliers</b>				
• Produits des contrats d'assurance-vie (exemples...) <sup>(1)</sup>	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
<b>Revenus des biens mobiliers soumis au prélèvement libératoire</b> (art. 125 A Code Général des Impôts)				
• Sur option (exemples...) <sup>(1)</sup>	.....	.....	.....	.....
• D'office (exemples...) <sup>(1)</sup>	.....	.....	.....	.....

(1) Donner le montant des produits, gains ou plus-values brutes perçues au cours de l'année civile précédant la demande.

RESSOURCES DU FOYER				
	DEMANDEUR		CONJOINT/CONCUBIN PERSONNE CONTRAT PACS	
NATURE	CAISSE OU ORGANISME	MONTANT ANNUEL	CAISSE OU ORGANISME	MONTANT ANNUEL
<b>Biens non productifs de revenus</b>				
Compte dépôt	.....	.....	.....	.....
Assurance vie <sup>(2)</sup>	.....	.....	.....	.....
Actions - PEA <sup>(2)</sup>	.....	.....	.....	.....
Obligations <sup>(2)</sup>	.....	.....	.....	.....
SICAV <sup>(2)</sup>	.....	.....	.....	.....
Bons du Trésor <sup>(2)</sup>	.....	.....	.....	.....
Fonds communs <sup>(2)</sup>	.....	.....	.....	.....
Autres placements financiers <sup>(2)</sup>	.....	.....	.....	.....
	<b>MONTANT ANNUEL</b>			
<b>Revenus des biens immobiliers</b>				
Bâti non productifs <sup>(3)</sup>	.....	.....	.....	.....
Adresse	.....	.....	.....	.....
Non bâti non productifs <sup>(4)</sup>	.....	.....	.....	.....
Adresse	.....	.....	.....	.....

(2) Donner le montant du capital placé.

(3) Hors habitation principale - donner le montant « valeur locative » figurant sur taxe d'habitation et adresse du bien.

(4) Donner le montant « base » figurant sur taxe foncière et adresse du bien.

## AIDES DONT VOUS BÉNÉFICIEZ ACTUELLEMENT

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Aide ménagère au titre de : .....     | <input type="checkbox"/> Allocation Compensatrice Tierce Personne (A.C.T.P.)   |
| <input type="checkbox"/> Aide Sociale                          | <input type="checkbox"/> date de première attribution .....                    |
| <input type="checkbox"/> Caisse de retraite                    | <input type="checkbox"/> par quel département .....                            |
| Si oui, laquelle .....   | <input type="checkbox"/> Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)            |
| <input type="checkbox"/> Majoration pour tierce personne ..... | <input type="checkbox"/> par quel département .....                            |
| Si oui, nom de la caisse .....                                 | <input type="checkbox"/> Prestation de Compensation du Handicap (P.C.H.) ..... |
|  | <input type="checkbox"/> date de première attribution .....                    |
|  | <input type="checkbox"/> par quel département .....                            |

Attention : l'Allocation Personnalisée d'Autonomie n'est cumulable ;

- ni avec la Prestation de Compensation du Handicap
- ni avec la majoration pour aide constante d'une tierce personne
- ni avec l'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne
- ni avec la prestation légale d'aide ménagère

## FAITES-VOUS L'OBJET D'UNE MESURE (joindre copie du jugement)

- Sauvegarde de justice       Curatelle       Tutelle       Mesure d'Accompagnement Judiciaire

Nom et adresse du tuteur ou du service tutélaire .....

..... Téléphone : .....

## À RENSEIGNER OBLIGATOIREMENT

### COORDONNÉES DES PERSONNES RÉFÉRENTES

Personne référente à contacter pour la visite à domicile ou en cas d'urgence :

NOM ..... Prénom .....

Adresse .....

Téléphone ..... Lien de parenté éventuel .....

NOM ..... Prénom .....

Adresse .....

Téléphone ..... Lien de parenté éventuel .....

### COORDONNÉES DU MÉDECIN TRAITANT

NOM ..... Prénom .....

Téléphone ..... Adresse .....

.....



Je soussigné(e) ..... agissant en mon nom propre / en ma qualité de représentant légal de .....

- certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus ;
- certifie avoir pris connaissance des conséquences de la demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie, décrites ci-après :
  - pour vérifier les déclarations des intéressés, le Conseil Général chargé de l'évaluation des droits peut demander toutes pièces justificatives à l'intéressé(e), ainsi que toutes les informations nécessaires aux administrations publiques, notamment aux administrations fiscales, aux collectivités territoriales, aux organismes de sécurité sociale et de retraite complémentaire qui sont tenus de les leur communiquer, (article L 232-16 du code de l'action sociale et des familles) ;
  - sans préjudice des actions en recouvrement des sommes indûment versées, le fait d'avoir frauduleusement perçu l'Allocation Personnalisée d'Autonomie est puni des peines prévues par les articles 313-1 à 313-3 du Code Pénal (article L 232-27 du code de l'action sociale et des familles) ;
  - le bénéficiaire a l'obligation de participer au financement du plan d'aide à hauteur du montant figurant sur la décision d'admission à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie, sauf s'il a été exonéré. A défaut, le versement de l'allocation peut être suspendu (article L 232-7 du code de l'action sociale et des familles) ;
  - dans le délai d'1 mois à compter de la notification de la décision d'attribution de la prestation, le bénéficiaire doit déclarer, à l'aide du cerfa N° 10544\*02, au Président du Conseil Général le ou les salariés, ou le service d'aide à domicile à la rémunération desquels est utilisée l'Allocation Personnalisée d'Autonomie. Tout changement ultérieur de salarié ou de service doit être déclaré dans les mêmes conditions. A défaut, le versement de l'allocation peut être suspendu (article L 232-7 du code de l'action sociale et des familles) ;
  - le maire de la commune de résidence est informé du dépôt de la demande.

● en cas d'octroi de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie

- **à domicile**

j'autorise                       je n'autorise pas

le Conseil Général à communiquer les éléments de la prestation d'APA, directement au service prestataire d'aide à domicile.

j'autorise                       je n'autorise pas

le Conseil Général à verser la partie de l'Allocation affectée à la rémunération, directement au service prestataire d'aide à domicile.

- **en établissement**

j'autorise                       je n'autorise pas

le Conseil Général à verser l'allocation directement à l'établissement d'hébergement.

Fait à ..... le ..... Signature du demandeur  
ou du représentant légal

À adresser à  
Monsieur le Président du Conseil Général de la Haute-Garonne  
SOLIDARITÉ DÉPARTEMENTALE - DIRECTION POUR L'AUTONOMIE  
PERSONNES AGÉES - PERSONNES HANDICAPÉES  
ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE  
1, boulevard de la Marquette  
31090 TOULOUSE cedex 9

# DOSSIER DE DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE

## PIÈCES À JOINDRE IMPÉRATIVEMENT AU DOSSIER DÛMENT COMPLÉTÉ

- 1- 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, ou, s'il s'agit d'un demandeur de nationalité étrangère, la photocopie recto-verso de la carte de résidence ou du titre de séjour,
- 2- La photocopie du dernier avis d'imposition ou de non imposition sur le revenu,
- 3- La photocopie du dernier relevé de la taxe foncière sur les propriétés bâties et/ou sur les propriétés non bâties,
- 4- Un relevé d'identité bancaire ou postal, au nom du bénéficiaire.

## À JOINDRE EN COMPLÉMENT DU DOSSIER

- Si vous faites l'objet d'une mesure : copie du jugement,
- Le certificat médical rempli par le médecin traitant dans l'enveloppe confidentielle ci-jointe,
- Si vous êtes hébergé(e) dans un établissement :
  - copie de la grille AGGIR remplie par le médecin coordonnateur de l'établissement dans l'enveloppe confidentielle ci-jointe.
  - dans le cas d'un établissement hors Haute-Garonne, joindre le dernier arrêté départemental de tarification, à solliciter auprès de la direction de l'établissement.

## **DISPOSITIONS RELATIVES À LA LOI DU 6 JANVIER 1978**

Les traitements relatifs à cette demande sont informatisés. Ils sont donc soumis aux dispositions de cette loi qui protège les droits et libertés individuels.

Conformément à l'article 27 de cette loi, les personnes 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 ou de vérification des informations nominatives stockées ou traitées informatiquement.

Pour l'exercice de ce droit, il convient de vous adresser selon la prestation dont vous bénéficierez, en justifiant de votre identité, à Monsieur le Président du Conseil Général de la Haute-Garonne.

À adresser à

**Monsieur le Président du Conseil Général de la Haute-Garonne  
SOLIDARITÉ DÉPARTEMENTALE  
DIRECTION POUR L'AUTONOMIE  
PERSONNES AGÉES - PERSONNES HANDICAPÉES  
ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE  
1, boulevard de la Marquette  
31090 TOULOUSE cedex 9**



Cher confrère,

Ce certificat est destiné à faciliter la demande de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie déposée par votre patient. Il me sera adressé sous pli confidentiel à l'aide de l'enveloppe pré-identifiée avec le dossier de demande.

Je me permettrai de prendre éventuellement contact avec vous pour des renseignements complémentaires.

Le Médecin des Actions Médico-Sociales

## ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE CERTIFICAT MÉDICAL

NOM ..... Prénom ..... Date de naissance .....

Adresse : .....

..... Téléphone .....

Si besoin, personne à contacter .....

..... Téléphone .....

### ÉTAT GÉNÉRAL

Poids ..... kg Taille ..... Amaigrissement ..... kg en ..... mois

### ÉTAT COGNITIF ET PSYCHO-COMPORTEMENTAL

#### Pathologies\*

- Démence (Alzheimer ou vasculaire) .....  Dépression .....
- Psychose maniaco-dépressive .....  Schizophrénie .....
- Névrose .....  Alcoolisme .....

Autres .....

OUI	NON	COMMENTAIRES
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles de la mémoire .....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Désorientation temporo-spatiale .....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles du langage .....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles praxiques .....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Agitation / Agressivité / Fugue .....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles du sommeil .....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	État dépressif .....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autres symptômes psychiatriques .....

\* Cocher la mention utile, pour les pathologies préciser si possible la date du diagnostic et le retentissement au quotidien.

## FONCTION LOCOMOTRICE

### Pathologies\*

- AVC .....  Arthrose .....
- Rhumatisme inflammatoire .....  Fracture du col du fémur récente .....
- Fracture vertébrale récente .....  Amputation .....
- Autres .....

OUI	NON	Déficience fonctionnelle	COMMENTAIRES
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Membre supérieur droit .....	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Membre supérieur gauche .....	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Membre inférieur droit .....	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Membre inférieur gauche .....	.....

## AIDE AUX DEPLACEMENTS

- Canne .....  Fauteuil roulant .....
- Déambulateur .....  Tierce personne .....

## ÉTAT NEUROLOGIQUE

### Pathologies\*

- AVC .....  Maladie dégénérative .....
- Parkinson.....  Epilepsie .....
- Hydrocéphalie .....  Tumeur bénigne .....
- Néoplasie .....
- Autres .....

OUI	NON	COMMENTAIRES
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aphasie .....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles de l'équilibre, chutes .....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tremblements .....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles moteurs sensitifs .....

## ÉTAT SENSORIEL

### Pathologies\*

- Glaucome .....  Cataracte .....
- Dégénérescence maculaire.....
- Autres .....

OUI	NON	COMMENTAIRES
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Déficience sévère de la vision .....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Déficience sévère de l'audition .....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Appareillage .....

\* Cocher la mention utile, pour les pathologies préciser si possible la date du diagnostic et le retentissement au quotidien.



## ÉTAT CARDIO-RESPIRATOIRE

### Pathologies\*

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> HTA .....                  | <input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque .....                |
| <input type="checkbox"/> Ischémie myocardique ..... | <input type="checkbox"/> Valvulopathie .....                         |
| <input type="checkbox"/> Artériopathie .....        | <input type="checkbox"/> Trouble du rythme et de la conduction ..... |
| <input type="checkbox"/> Pathologie veineuse .....  | <input type="checkbox"/> Bronchite chronique .....                   |
| <input type="checkbox"/> Emphysème .....            | <input type="checkbox"/> Asthme .....                                |
- Autres .....

OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### COMMENTAIRES

- Dyspnée .....
- Angor .....
- Oxygénothérapie .....
- Périmètre de marche .....

## FONCTION DIGESTIVE

### Pathologies\*

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Colopathie .....           | <input type="checkbox"/> Ethylisme .....          |
| <input type="checkbox"/> Cirrhose .....             | <input type="checkbox"/> Hépatite chronique ..... |
| <input type="checkbox"/> Pathologie gastrique ..... | <input type="checkbox"/> Néoplasie .....          |
- Autres .....

OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### COMMENTAIRES

- Troubles mastication/déglutition .....
- Troubles du transit .....
- Incontinence anale .....
- Stomie .....

## FONCTION URO GÉNITALE

### Pathologies\*

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Prostatique .....   | <input type="checkbox"/> Périnéale ..... |
| <input type="checkbox"/> Gynécologique ..... |  |
- Autres .....

OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### COMMENTAIRES

- Pollakiurie .....
- Incontinence nocturne .....
- Incontinence diurne .....

## AUTRES\*

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dénutrition .....         | <b>Pathologies cutanées</b>             |
| <input type="checkbox"/> Déshydratation .....      | <input type="checkbox"/> Escarres ..... |
| <b>Autres pathologies</b> .....                    | <input type="checkbox"/> Ulcères .....  |
| <input type="checkbox"/> Diabète .....             | <input type="checkbox"/> Tumeurs .....  |
| <input type="checkbox"/> Obésité .....             | .....                                   |
| <input type="checkbox"/> Dysthyroïdie .....        | .....                                   |
| <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale ..... | .....                                   |

## ÉVALUATION DE LA PERTE D'AUTONOMIE

- Aide pour les actes ménagers UNIQUEMENT
- Aide pour CERTAINS actes essentiels de la vie quotidienne. Lesquels ?\*
- |                                      |                                     |                                       |
|--------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Toilette    | <input type="checkbox"/> Habillage  | <input type="checkbox"/> Alimentation |
| <input type="checkbox"/> Elimination | <input type="checkbox"/> Transferts | <input type="checkbox"/> Déplacements |
- Dément déambulant
- Confiné au lit ou au fauteuil

## AIDES EXISTANTES

- |   |                   |
|---|-------------------|
| <input type="checkbox"/> IDE              | Périodicité ..... |
| <input type="checkbox"/> Kinésithérapeute | Périodicité ..... |
| <input type="checkbox"/> Aide ménagère    | Périodicité ..... |
| <input type="checkbox"/> Autres           | Périodicité ..... |

## TRAITEMENT ACTUEL

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## OBSERVATIONS ÉVENTUELLES

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- Demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie à domicile
- Demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie en établissement : dans ce cas joindre la grille AGGIR au dossier médical.

Date ..... Téléphone .....

Cachet et signature