



Demande de révision APA

Vous êtes invité(e) à remplir ce formulaire, avec l'aide d'une personne de votre entourage, si cela est nécessaire. Ces nouvelles informations permettront de connaître votre situation, de qualifier et de traiter votre demande.

Si le demandeur est en couple (marié, pacsé, en concubinage), les ressources de son conjoint sont prises en compte dans le calcul de la prestation. Il convient de renseigner les informations ci-dessous. Si les deux membres du couple souhaitent faire une demande, merci de transmettre un dossier par demandeur.

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BÉNÉFICIAIRE DE L'APA DU DOUBS ET SON CONJOINT			
	Personne bénéficiaire de l'APA		Le conjoint (marié(e), pacsé(e), en concubinage)
	Madame	Monsieur	
Nom de naissance			
Nom d'usage ou marital			
Prénom			
Date et lieu de naissance			
N° de sécurité sociale			
Situation de famille	Célibataire Pacsé(e) Divorcé(e) ou séparé(e)	Marié(e) En concubinage Veuf(ve)	
Téléphone fixe			
Téléphone portable			
Courriel			
Adresse			
Coordonnées du référent administratif			

MOTIFS DE LA DEMANDE DE RÉVISION

Je sollicite la révision de mon dossier d'Allocation Personnalisée d'Autonomie pour les motifs suivants : (je coche la situation dans laquelle je me trouve)

CHANGEMENT DE DOMICILE	
Ma nouvelle adresse	
À compter du	

MODIFICATION DES INTERVENANTS OU D'UN PRESTATAIRE	
	Mise en place d'un aidant en Emploi Direct (CESU ou mandataire) Date de début d'intervention : _____
	Mise en place d'un SAAD (Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile) : Nom du SAAD choisi : _____ Date de début d'intervention : _____
	Arrêt de prise en charge par le personnel soignant (Infirmier, SSIAD, HAD...)

ATTRIBUTION D'UNE CARTE MOBILITÉ INCLUSION (CMI)	
La carte mobilité inclusion permet de faciliter les déplacements des personnes âgées ou en situation de handicap. Il existe trois mentions : Stationnement, Priorité et Invalidité.	
	Mention « Stationnement »
	Mention « Priorité »
	Mention « Invalidité »

RÉDUCTION DU NOMBRE D'HEURES POUR LA OU LES RAISONS SUIVANTES :

Évolution de mon autonomie

Difficulté de paiement du reste à charge

Impossibilité pour le Service d'Aide et d'Accompagnement à domicile de réaliser l'intégralité des heures du plan d'aide

Commentaire :

AUGMENTATION DU NOMBRE D'HEURES POUR LA OU LES RAISONS SUIVANTES :

Évolution de mon autonomie

Sortie récente d'hospitalisation (**joindre obligatoirement le bulletin d'hospitalisation**)

Mon aidant principal a besoin de soutien

MES ATTENTES SE SITUENT AU NIVEAU DE :

Aides à la personne	Toilette	Habillage	Repas	Autres
Vie quotidienne	Ménage	Linge	Courses	Préparation des repas
Autres prestations	Portage de repas			Télé-Alarme
	Matériel à usage unique (protections...)			Autres
	Accueil de jour *			
	* Nom de l'établissement : _____			
	* Date d'entrée envisagée : _____			

Commentaire :

SIGNATURE DE LA DEMANDE DE RÉVISION

SI LE SIGNATAIRE N'EST PAS LE DEMANDEUR, INDIQUER SA QUALITÉ :	
Le représentant légal du bénéficiaire (mesure de protection juridique)	Le proche aidant
Nom/prénom	
Téléphone	
Courriel	

Date :

Signature :

TRANSMETTRE VOTRE DEMANDE DE MODIFICATION

JOINDRE OBLIGATOIREMENT À CETTE DEMANDE LES DOCUMENTS SUIVANTS :

- Dernier avis d'imposition ou de non-imposition à l'impôt sur le revenu
- Dernier avis de taxe foncière (si propriétaire) ou une attestation sur l'honneur indiquant que vous ne possédez ni bien bâti, ni bien non bâti
- Bulletin de sortie d'hospitalisation (si votre demande est liée à une hospitalisation récente)

Si votre situation administrative a changé depuis votre dernière demande :

- Carte d'identité (recto/verso), passeport, livret de famille, ou carte de résidence, titre de séjour en cours de validité ou attestation de prolongation d'instruction d'une demande de titre de séjour (si vous êtes ressortissant d'un État hors Union européenne, de l'Espace économique européen et de la confédération suisse)

ADRESSES D'ENVOI

Ce formulaire et les documents sont à renvoyer, dûment complétés et signés :

- par voie postale,
- ou par voie électronique (au format PDF) à la délégation du Service Soutien à l'Autonomie dont vous dépendez.

Adresses des délégations :

- **Service Soutien à l'Autonomie Délégation de Besançon :**
7 avenue de la Gare d'Eau, 25 000 Besançon
→ autonomie.besancon@doubs.fr
- **Service Soutien à l'Autonomie Délégation de Montbéliard :**
Maison du Département, 41 avenue du Maréchal Joffre, 25 200 Montbéliard
→ autonomie.montbeliard@doubs.fr
- **Service Soutien à l'Autonomie Délégation du Haut-Doubs :**
14 Rocade Georges Pompidou, 25 300 Pontarlier
→ autonomie.hautdoubs@doubs.fr

VOUS AVEZ BESOIN DE VÉRIFIER LA DÉLÉGATION TERRITORIALE À LAQUELLE VOUS APPARTENEZ ?

Retrouvez plus d'informations sur le portail personnes âgées du département du Doubs, rubrique « Mémo des aides départementales / Allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile »

<https://personnes-agees.cd25.fr/aides/allocation-personnalisee-dautonomie-apa-a-domicile/>

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES QUE VOUS SOUHAITEZ PORTER À NOTRE CONNAISSANCE

EN TANT QU'AIDANT, QUELLES SONT VOS ATTENTES ?



RGPD

Protection des données personnelles

LE DÉPARTEMENT DU DOUBS VEILLE À GARANTIR LE RESPECT ET LA PROTECTION DE VOTRE VIE PRIVÉE

Le présent texte a pour objectif de vous informer de vos droits relatifs au traitement de vos données à caractère personnel. Le Département du Doubs applique les dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à la protection des données et du Règlement Européen (UE) 2016/679 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données. Le Département du Doubs est responsable du traitement de données à caractère personnel. Le Département a désigné un Délégué à la Protection des Données que vous pouvez joindre par courriel à l'adresse suivante : dpo@doubs.fr
Le siège du Département du Doubs se trouve au 7 avenue de la Gare d'Eau, 25031 Besançon Cedex.

LA COLLECTE DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Seules les informations strictement nécessaires permettant de vous fournir le service le plus adapté à vos besoins, sont recueillies. Ces informations sont justifiées par la nature de la tâche à accomplir et proportionnées au but recherché. Elles font l'objet d'un traitement informatique sans prise de décision automatisée, ni de profilage. Le responsable du traitement s'engage à conserver vos données pour une durée limitée à 5 ans.

LA FINALITÉ DU TRAITEMENT DES DONNÉES

Nous traitons les données communiquées pour l'instruction de votre demande.

CONFIDENTIALITÉ DE VOS DONNÉES ET ABSENCE D'UTILISATION À DES FINS COMMERCIALES

Les destinataires de cette collecte sont les services du Conseil Départemental du Doubs concernés par l'instruction et le suivi de votre demande. Le partage des informations entre administrations et organismes habilités ne s'effectue qu'à minima dans le respect de la déontologie. Vos données ne seront en aucun cas cédées, ni transmises à des organismes à des fins commerciales.

PROTECTION DES DONNÉES

Le Département du Doubs utilise les moyens techniques nécessaires pour protéger vos données, afin d'empêcher notamment qu'elles ne soient déformées, endommagées ou communiquées à des tiers non autorisés.

EXERCICE DU DROIT D'ACCÈS

Conformément au règlement européen n°2016/679, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification ou d'effacement, ainsi qu'un droit à la portabilité de vos données ou de limitation du traitement qui pourra s'exercer auprès du Département du Doubs. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, donner des directives à la conservation, à l'effacement et à la communication de vos données après votre décès. Vous disposez également d'un droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (www.cnil.fr).
En savoir plus sur le RGPD au Département du Doubs : www.doubs.fr, rubrique RGPD

www.doubs.fr