

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.

Madame Monsieur

Nom d'usage ou marital

Nom de naissance

Prénom

Date de naissance

Adresse

Téléphone fixe

Téléphone portable

Courriel

Coordonnées du référent
administratif

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 :

A 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 :

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...)

Pour m'aider à répondre aux questions suivantes, je remplis la grille d'évaluation de la perte d'autonomie figurant en annexe.

Réduction du nombre d'heures pour la ou les raisons suivantes :

Evolution 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

Augmentation du nombre d'heures pour la ou les raisons suivantes :

Evolution de mon autonomie

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

Mon aidant principal a besoin de soutien

Mes attentes se situent au niveau des : *(Cochez la case)*

Aides à la personne	<input type="checkbox"/> Toilette	<input type="checkbox"/> Habillage	<input type="checkbox"/> Repas	<input type="checkbox"/> Autres
Vie quotidienne	<input type="checkbox"/> Ménage	<input type="checkbox"/> Linge	<input type="checkbox"/> Courses	<input type="checkbox"/> Préparation des repas
Autres prestations	<input type="checkbox"/> Portage de repas		<input type="checkbox"/> Télé-Alarme	<input type="checkbox"/> Matériel à usage unique (protections...)
	<input type="checkbox"/> Accueil de jour *			<input type="checkbox"/> Autres

* Nom de l'établissement :

Date d'entrée envisagée :

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 3 mentions : Stationnement, Priorité et Invalidité.

- Mention « Stationnement »
- Mention « Priorité »
- ou
- Mention « Invalidité »

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 :
Courriel :

Téléphone :

Date :

Signature :

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

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.

Les coordonnées sont accessibles sur le portail personnes âgées du département du Doubs

Aidez-vous de la grille d'évaluation de la perte d'autonomie ci-après pour répondre aux questions

Document à remplir par la personne et/ou son entourage (famille, proche, intervenant...), le plus précisément possible, en répondant à toutes les questions, sans hésiter à exprimer toutes les difficultés rencontrées le jour comme la nuit.

Cette grille est confidentielle et soumise au secret professionnel.

Grille d'Évaluation de la perte d'autonomie

Mobilité	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
Changer de position (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"/>
Utilisez-vous	<input type="checkbox"/> un appui	<input type="checkbox"/> une canne	<input type="checkbox"/> un déambulateur	<input type="checkbox"/> un fauteuil roulant

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"/>

Précisions :

Se repérer/ gérer sa sécurité	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 :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observez-vous un changement de comportement :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non		

Précisions:

A compléter par l'entourage

Si la personne présente des troubles cognitifs (troubles de la mémoire, de l'orientation, troubles du comportement...), merci de répondre aux questions suivantes :

ORIENTATION

- | | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|----------------------------------|
| La personne se repère-t-elle dans son domicile ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> parfois |
| A l'extérieur, dans les lieux connus ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> parfois |
| La personne se repère-t-elle dans les moments de la journée (jour, nuit, heures des repas) ou dans les jours de la semaine ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> parfois |

COHÉRENCE

Comportement

- | | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|----------------------------------|
| La personne se met-elle en danger ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> parfois |
| A-t-elle des réactions inadaptées (violence, agressivité, cris, repli sur soi,...) ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> parfois |
| Est-elle parfois confuse ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> parfois |

Communication

- | | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|----------------------------------|
| La personne participe-t-elle aux conversations ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> parfois |
| Tient-elle des propos incohérents ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> parfois |

Mémoire

- | | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|----------------------------------|
| La personne oublie-t-elle souvent des faits récents ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> parfois |
| Doit-elle être guidée pour des tâches simples qu'elle faisait auparavant ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> parfois |
| Reconnaît-elle ses proches ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> parfois |

Informations complémentaires que vous souhaitez porter à notre connaissance :

En tant qu'aidant, quelles sont vos attentes ?