

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.

Madame Monsieur

Nom d'usage ou marital :

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance :

Situation familiale :

Célibataire Marié Pacsé En concubinage Divorcé ou séparé Veuf

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 2 membres du couple souhaitent faire une demande, merci de transmettre un dossier par demandeur.

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 :

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 :

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 3 mentions : Stationnement, Priorité et Invalidité.

Mention « Stationnement »

Mention « Priorité »

ou

Mention « Invalidité »

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 obligatoirement le bulletin d'hospitalisation**)
- Mon aidant principal a besoin de soutien

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

Aides à la personne	<input type="checkbox"/> Toilette	<input type="checkbox"/> Habillement	<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(protctions...)
	<input type="checkbox"/> Accueil de jour *		<input type="checkbox"/> Autres	

* Nom de l'établissement :

* Date d'entrée envisagée :

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 :

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)

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"/>
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
<u>Précisions :</u> <input type="text"/>				
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"/>
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"/>
<u>Précisions :</u> <input type="text"/>				
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"/>
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"/>
Observer-vous un changement de comportement :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non		
<u>Précisions:</u> <input type="text"/>				

À 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 ?