

## 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)**

<b>Aides à la personne</b>	<input type="checkbox"/> Toilette	<input type="checkbox"/> Habillage	<input type="checkbox"/> Repas	<input type="checkbox"/> Autres
<b>Vie quotidienne</b>	<input type="checkbox"/> Ménage	<input type="checkbox"/> Linge	<input type="checkbox"/> Courses	<input type="checkbox"/> Préparation des repas
<b>Autres prestations</b>	<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 :

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**

<b>Mobilité</b>	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 ☐ un appui ☐ une canne ☐ un déambulateur ☐ un fauteuil roulant

Précisions :

<b>Autres actes essentiels de la vie quotidienne</b>	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 :

<b>Se repérer/ gérer sa sécurité</b>	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"/>

Observer-vous un changement de comportement : ☐ oui ☐ non

Précisions:

### 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 ?