

# DEMANDE D'AIDES À L'AUTONOMIE POUR LES PERSONNES ÂGÉES À DOMICILE

Ce dossier permet de formuler une demande de plan d'aide qui pourra être financé pour tout ou partie par les caisses de retraite (**aide Bien vieillir chez soi, dite BVCS, et Accompagnement à domicile des personnes âgées, dite AADPA**) ou les départements (**Allocation personnalisée d'autonomie, dite APA**).

Réservé à l'administration / Numéro de dossier : \_\_\_\_\_  
Dossier transféré vers : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

1/9

## LA SITUATION DU DEMANDEUR ET DE SON CONJOINT

Si le demandeur est en couple (mariage, PACS ou concubinage), les ressources de son conjoint sont prises en compte dans le calcul de l'aide. Il est donc nécessaire de renseigner les informations le concernant.

Pour plus d'informations, se référer à la notice d'information du formulaire et au portail d'information en ligne : [www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr](http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr)

|   | LE DEMANDEUR   | LE CONJOINT<br>Mariage, PACS ou concubinage   |
|---|--|---|
| <b>Situation de famille du demandeur</b>        | <input type="checkbox"/> Marié, PACS, en concubinage<br><input type="checkbox"/> Célibataire<br><input type="checkbox"/> Divorcé ou séparé<br><input type="checkbox"/> Veuf  | <i>Si le demandeur est célibataire, divorcé, séparé ou veuf, veuillez ne pas remplir cette colonne.</i>   |
| <b>Sexe</b>                                     | <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Homme  | <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Homme   |
| <b>Nom d'usage</b>                              |  |   |
| <b>Nom de naissance</b>                         |  |   |
| <b>Prénom(s)</b>                                |  |   |
| <b>Date de naissance</b>                        |  |   |
| <b>Ville de naissance</b>                       |  |   |
| <b>Département de naissance</b>                 |  |   |
| <b>Pays de naissance</b>                        |  |   |
| <b>Numéro de sécurité sociale à 15 chiffres</b> |  |   |
| <b>Caisse de retraite principale</b>            |  |   |
| <b>Lieu de résidence</b>                        | <input type="checkbox"/> Domicile<br><input type="checkbox"/> Hébergement dans la famille ou chez un tiers<br><input type="checkbox"/> Domicile d'un accueillant familial (particulier agréé par le département)<br><input type="checkbox"/> Résidence autonomie<br><input type="checkbox"/> Autre : _____ | <input type="checkbox"/> Le même que le demandeur<br><b>Si différent du demandeur :</b><br><input type="checkbox"/> Domicile<br><input type="checkbox"/> EHPAD (date : _____)<br><input type="checkbox"/> Domicile d'un accueillant familial (particulier agréé par le département)<br><input type="checkbox"/> Résidence autonomie<br><input type="checkbox"/> Autre : _____ |

Ces informations seront utilisées pour identifier l'organisme compétent, évaluer la demande et prendre contact avec le demandeur.

Numéro de téléphone \_\_\_\_\_

Adresse e-mail \_\_\_\_\_

Adresse du lieu de résidence \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

**Si applicable** : Bâtiment \_\_\_\_\_ Étage \_\_\_\_\_ Digicode \_\_\_\_\_

Le demandeur réside-t-il depuis plus de 3 mois à cette adresse ?  Oui  Non

**Si la réponse est "Non", renseigner les champs ci-dessous concernant la résidence précédente du demandeur :**

Adresse précédente du demandeur \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Si le demandeur fait l'objet d'une mesure de protection, renseigner les éléments ci-après et joindre obligatoirement la photocopie du jugement de la mesure.

Le demandeur fait-il l'objet d'une mesure de protection ?

- Oui, la demande a été prononcée  
 Non, mais une demande est en cours  
 Non

**Si la réponse est "Oui", préciser de quelle mesure de protection il s'agit :**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sauvegarde de justice | <input type="checkbox"/> Tutelle                              |
| <input type="checkbox"/> Curatelle simple      | <input type="checkbox"/> Habilitation familiale               |
| <input type="checkbox"/> Curatelle renforcée   | <input type="checkbox"/> Mandat de protection future "activé" |

#### LE MANDATAIRE OU L'ORGANISME DE PROTECTION JURIDIQUE

Nom de l'organisme \_\_\_\_\_

Civilité du mandataire  Madame  Monsieur

Nom et prénom du mandataire \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone \_\_\_\_\_

Adresse e-mail \_\_\_\_\_

Cette rubrique a vocation à identifier la personne qui aide le demandeur dans ses démarches administratives, ou plus globalement un proche qui aide le demandeur dans sa vie quotidienne.

Cette personne sera contactée, le cas échéant, pour toute question administrative sur le dossier.

Avant d'indiquer les coordonnées de la personne, celle-ci doit avoir donné son accord pour que ses informations figurent dans ce formulaire.

Civilité  Madame  Monsieur

Nom et prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone \_\_\_\_\_

Adresse e-mail \_\_\_\_\_

Le lien avec le demandeur :

Conjoint  Enfant  Ami  Voisin  Autre : \_\_\_\_\_

SUITE EN  
PAGE SUIVANTE 

En fonction de son degré d'autonomie, le demandeur sera orienté vers l'aide Bien vieillir chez soi (BVCS) ou l'Accompagnement à domicile des personnes âgées (AADPA) de sa caisse de retraite, ou vers l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) du département. Dans tous les cas, il bénéficiera, à son domicile, d'une évaluation de sa situation et de ses besoins.

**Pour plus d'informations sur l'aide BVCS, l'AADPA, et l'APA, se référer à la notice jointe à ce formulaire.**

**Les réponses aux questions ci-dessous permettent d'identifier à quel organisme la demande doit être adressée.**

|  |   |
|--|---|
| Le demandeur peut-il se lever seul (même avec difficulté) ?          | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Le demandeur peut-il s'habiller seul (même avec difficulté) ?        | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Le demandeur peut-il faire sa toilette seul (même avec difficulté) ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Le demandeur peut-il manger seul (même avec difficulté) ?            | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

Si la réponse est "Non" une seule fois ou pas du tout, cocher la case **Profil 1** ci-dessous.

- Profil 1** : Le dossier doit être envoyé à la caisse de retraite principale du demandeur afin d'effectuer une demande pour l'aide Bien vieillir chez soi (BVCS) pour les retraités du régime général et les retraités de la fonction publique d'État, ou pour l'Accompagnement à domicile des personnes âgées (AADPA) pour les retraités du régime agricole

Si la réponse est "Non" deux fois ou plus, cocher la case **Profil 2** ci-dessous.

- Profil 2** : Le dossier doit être envoyé au département afin d'effectuer une demande pour l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA)

L'aide Bien vieillir chez soi (BVCS), l'Accompagnement à domicile des personnes âgées (AADPA) et l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) ne sont pas cumulables entre elles, ni avec les prestations listées ci-dessous.

**Le demandeur perçoit-il une ou plusieurs des prestations listées ci-dessous ?**

|  |   |
|--|---|
| La Prestation complémentaire pour recours à tierce personne (PCRTP), aide perçue dans le cadre d'arrêt de travail ou arrêt maladie ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| La Prestation de compensation du handicap (PCH) ?  | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| L'Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) ?   | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| L'Aide à domicile au titre de l'aide sociale départementale ?  | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| La Majoration pour aide constante d'une tierce personne (MTP) ?  | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

En fonction de la situation du demandeur, une participation financière pourra être laissée à sa charge. Son montant sera fixé en prenant en compte les ressources du demandeur et celles de son conjoint (sur la base des revenus figurant sur le dernier avis d'imposition) et de certains éléments de patrimoine, à déclarer dans cette rubrique. **Seuls les demandeurs en Profil 2 doivent compléter cette partie.**

**L'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) n'est pas récupérable sur succession.**

Ces informations ne seront utilisées que par les départements.

**Si le demandeur est propriétaire de biens immobiliers (maison, appartement, terrain) qui ne sont pas mis en location, joindre une photocopie du dernier avis de taxe foncière correspondant à chacun de ces biens.**

Adresse de la résidence principale du demandeur \_\_\_\_\_

Statut :

Occupée par le demandeur et/ou son conjoint(e), ses enfants ou petits-enfants  Louée

Autres biens immobiliers

| ADRESSE | EN LOCATION  |
|---------|--|
|         | <input type="checkbox"/> Oui<br><input type="checkbox"/> Non |
|         | <input type="checkbox"/> Oui<br><input type="checkbox"/> Non |
|         | <input type="checkbox"/> Oui<br><input type="checkbox"/> Non |

**Si le demandeur et/ou son conjoint (mariage, PACS, concubinage) possède des biens mobiliers et des capitaux non placés de valeur, les déclarer dans le tableau suivant en précisant leur montant ou leur valeur estimée.**

Exemples : oeuvres d'art de collection, voitures de luxe...

Joindre si nécessaire une liste complémentaire sur papier libre.

| NATURE | MONTANT / VALEUR ESTIMÉE |
|--------|--------------------------|
|        | €                        |
|        | €                        |
|        | €                        |

La carte mobilité inclusion est accordée sur demande et en fonction du degré d'autonomie évalué par un professionnel lors de l'évaluation à domicile. Elle donne des avantages, notamment pour faciliter les déplacements. Elle peut être accordée **aux bénéficiaires de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA)**. **Seuls les demandeurs en Profil 2 peuvent compléter cette partie.**

**Pour plus d'informations sur la carte mobilité inclusion (CMI), se référer à la notice jointe à ce formulaire.**

Le demandeur souhaite-t-il une CMI mention Stationnement ?  Oui  Non

Le demandeur souhaite-t-il une CMI mention Priorité ou Invalidité ?  Oui  Non

Le demandeur souhaite-t-il renouveler sa carte d'invalidité, de priorité ou de stationnement ?  Oui  Non

Je soussigné(e) :  Madame  Monsieur

Nom, Prénom : \_\_\_\_\_

Agissant :  En mon nom propre

En qualité de représentant légal de : \_\_\_\_\_

certifie exacts et complets les renseignements fournis dans le cadre de cette demande.

Je m'engage à déclarer toute évolution de ma situation. Je suis informé que toute fausse déclaration ou falsification de document, toute obtention usurpée d'un droit m'exposerait à des sanctions pénales et financières prévues par la loi. Je donne mon consentement pour que ces données fassent l'objet d'un traitement informatique\*.

Fait à : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_

Signature :

### \*Mentions d'information pour le formulaire de demande d'aides à l'autonomie pour les personnes âgées à domicile

Les caisses de retraite et les départements mettent en œuvre un formulaire de demande commun aux aides des caisses de retraite et à l'allocation personnalisée d'autonomie. Le traitement des informations recueillies sur ce formulaire est nécessaire à l'accompagnement et au suivi social des personnes âgées en perte d'autonomie, à leur domicile.

Les personnes accédant à ces données sont les agents habilités au sein des caisses de l'Assurance retraite, des caisses de la Mutualité Sociale Agricole et des départements ainsi que les professionnels qui participent à la prise en charge du parcours de la personne âgée ou qui accompagnent la personne âgée (professionnels de santé, professionnels œuvrant dans le champ du social et du médico-social).

L'organisme gestionnaire de l'aide demandée peut également être amené à échanger des informations relatives à votre situation avec d'autres organismes, notamment l'administration fiscale, les organismes de sécurité sociale versant des prestations analogues, les collectivités territoriales et les organismes de recouvrement des cotisations sociales.

Les données sont conservées pour une durée maximale de six ans, à compter de la cessation des droits.

Conformément au droit à la protection des données, vous disposez de droits sur vos données personnelles (droit d'accès, de rectification, d'opposition et à la limitation) que vous pouvez exercer auprès du délégué à la protection des données (DPO) de l'organisme gestionnaire de l'aide demandée, dont vous trouverez les coordonnées sur le site dudit organisme. Si vous estimez que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL : Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) – 3, Place de Fontenoy TSA – 80715 – 75334 PARIS CEDEX07.

# LES PIÈCES À FOURNIR ET L'ADRESSE D'ENVOI DU DOSSIER

## **PROFIL 1** Pièces jointes pour l'aide Bien vieillir chez soi (BVCS) et l'Accompagnement à domicile des personnes âgées (AADPA) des caisses de retraite

- La photocopie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition à l'impôt sur le revenu (toutes les pages), ainsi que de celui du conjoint / concubin / partenaire PACS

### Si le demandeur est concerné :

- La photocopie du jugement de la mesure de protection
- La photocopie de la notification de rejet de votre demande d'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) si une demande a déjà été réalisée
- Pour les retraités de la fonction publique d'État : le titre ou brevet de pension

### L'adresse d'envoi du dossier

Le demandeur PROFIL 1 devra envoyer son dossier à la caisse de retraite principale dont il dépend (le régime de retraite qui lui verse le montant de la pension retraite le plus élevé) parmi les 2 caisses de retraite suivantes :

**CARSAT Nom xxxx**  
Adresse carsat xxxxxxxxx

**LOGO MSA**

**MSA Nom xxx**  
Adresse MSA xxxxxxxxx

## **PROFIL 2** Pièces jointes pour l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) des départements

- Un justificatif d'identité (carte d'identité française ou d'un pays membre de la Communauté Européenne ou passeport ou livret de famille ou carte de résidence ou titre de séjour en cours de validité)
- Le relevé d'identité bancaire (RIB) au nom du demandeur
- La photocopie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition à l'impôt sur le revenu (toutes les pages), ainsi que de celui du conjoint / concubin / partenaire PACS
- Le certificat médical relatif à une demande d'APA à domicile avec ou sans demande de CMI (facultatif)

### Si le demandeur est concerné :

- La photocopie du jugement de la mesure de protection
- La photocopie du(des) dernier(s) avis de taxe foncière

### L'adresse d'envoi du dossier

**Nom département xxxx**  
Adresse du département xxxx  
xxxxxx

# NOTICE D'INFORMATION

## DEMANDE D'AIDES À L'AUTONOMIE POUR LES PERSONNES ÂGÉES À DOMICILE

**Cette notice d'information a pour objectif de faciliter les démarches de demande d'un accompagnement individuel pour soutenir l'autonomie à domicile d'une personne âgée.**

Les caisses de retraite et les départements proposent des plans d'aides pour soutenir l'autonomie à domicile des personnes âgées. Le niveau de perte d'autonomie d'une personne âgée correspond au GIR (groupe iso-ressources). Il est calculé à partir de l'évaluation effectuée à l'aide de la grille AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources). Il existe six GIR : le GIR 1 est le niveau de perte d'autonomie le plus fort et le GIR 6 le plus faible.

**Quelques questions simples permettront d'orienter le dossier vers l'organisme compétent.**

Une fois la demande reçue, le demandeur recevra à domicile la visite d'un évaluateur (assistant social, infirmier...) afin d'affiner le degré d'autonomie et de construire un plan d'aide personnalisé.

L'aide Bien vieillir chez soi (BVCS) et l'Accompagnement à domicile des personnes âgées (AADPA), et l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA), ne sont pas cumulables entre elles, ni avec les prestations suivantes :

- + l'Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP),
- + la Prestation de compensation du handicap (PCH),
- + la Majoration pour tierce personne (MTP),
- + l'Aide à domicile au titre de l'aide sociale départementale,
- + la Prestation complémentaire pour recours à tierce personne (PC RTP).

Si le demandeur n'est pas éligible à l'aide Bien vieillir chez soi (BVCS), à l'Accompagnement à domicile des personnes âgées (AADPA), ou à l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA), il peut peut-être bénéficier d'une aide à domicile, mise en œuvre par le département au titre de l'aide sociale. Cette aide est accordée sous conditions strictes, notamment de ressources. Son montant est récupérable sur succession. Pour plus d'information, s'adresser au CCAS ou consulter le portail d'information en ligne [www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr](http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr)

## PARTIE 1/3 : LES AIDES À L'AUTONOMIE POSSIBLES



### Aides humaines

(Aide pour s'habiller, se lever, manger, entretenir son logement, faire les courses, transports...)



### Aides techniques

(Fournitures pour l'hygiène, télé-assistance, barre de soutien...)



### Accueil temporaire

(Accueil de jour et hébergement temporaire)



### Travaux d'aménagement du logement

Pendant la visite à domicile, l'évaluateur élaborera avec le demandeur et selon ses besoins un plan d'aide comprenant certaines des prestations ci-dessus.



### PROFIL 1

**L'aide Bien vieillir chez soi (BVCS) et l'Accompagnement à domicile des personnes âgées (AADPA) des caisses de retraite**

Pour les retraités fragilisés qui ont besoin de préserver leur autonomie à domicile

### PROFIL 2

**L'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) des départements**

Pour les personnes ayant besoin d'aide dans les actes essentiels de la vie quotidienne à domicile

#### Quelles structures gèrent le dispositif ?

La caisse de retraite de base du domicile du demandeur

Le département où réside le demandeur depuis plus de 3 mois

#### Quelles sont les conditions d'attribution ?

Être retraité à titre principal du régime de retraite de base auquel le demandeur adresse sa demande

Ne pas être hébergé chez un accueillant familial

Être en perte d'autonomie modérée (soit un niveau de GIR de 5 ou 6)

L'obtention de l'aide peut-être soumise à des conditions de ressources du foyer

Vivre à domicile

Avoir 60 ans et plus

Résider en France de manière stable et régulière

Être en perte d'autonomie sur les actes essentiels du quotidien (soit un niveau de GIR entre 1 et 4)

#### Le demandeur doit-il financer une partie du plan d'aide ?

Oui, une participation financière, variable en fonction des ressources du foyer, pourra être demandée

Oui, une participation financière, variable en fonction des ressources du foyer et du montant du plan d'aide, pourra être demandée

#### Le plan d'aide peut-il être modifié ?

Oui, si la situation du bénéficiaire change, il est possible de demander à la caisse de retraite la révision du plan d'aide

Oui, si la situation du bénéficiaire ou de son aidant évolue, il est possible de demander au département la révision du plan d'aide

## QUELS SONT LES MODES D'INTERVENTION POSSIBLES ?

Les bénéficiaires ont trois possibilités pour mettre en place des heures d'aide à domicile. Ils peuvent avoir recours à :

- + **un service prestataire**, c'est-à-dire faire appel à un service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD),
- + **un service mandataire**, c'est-à-dire déléguer à une structure le recrutement et la gestion de personnel. Dans ce cas, le demandeur devient l'employeur de l'aide à domicile et doit pouvoir assumer ce rôle,
- + **un emploi direct**, c'est-à-dire employer directement une personne comme aide à domicile. En choisissant ce mode d'intervention, le demandeur devient employeur. Il est dans l'obligation de faire une déclaration auprès du centre national du chèque emploi service universel (CESU) et de déclarer mensuellement les heures allouées dans le plan d'aide (voir le site [www.cesu.urssaf.fr](http://www.cesu.urssaf.fr)).

Il est important de choisir rapidement le mode d'intervention, et de le communiquer à la caisse ou au département.

## LA CARTE MOBILITÉ INCLUSION (CMI)

Les demandeurs de l'APA (Profil 2) peuvent solliciter la CMI dans le formulaire de demande d'aides à l'autonomie pour les personnes âgées à domicile. Les demandeurs d'une aide auprès de leur caisse de retraite (Profil 1) qui souhaitent demander une carte mobilité inclusion (CMI) doivent utiliser le formulaire de demande à la MDPH (cerfa n° N°15692\*01) et l'adresser à la Maison départementale des personnes handicapées de leur lieu de résidence.

Les professionnels du département peuvent, au cours de la visite au domicile, étudier le droit du demandeur à une carte mobilité inclusion. Pour cela, il faut en faire la demande dans le formulaire.

**La carte mobilité inclusion donne des avantages aux personnes en situation de handicap et aux personnes âgées notamment pour faciliter leurs déplacements.** Il existe trois mentions de cette carte :

| mention stationnement   | mention priorité  | mention invalidité   |
|---|---|--|
| Que le porteur de la CMI soit conducteur ou passager :<br>Utilisation gratuite et sans limitation de durée de toutes les places de stationnement en accès libre (places pour personnes handicapées et tout public). | Place assise prioritaire dans les transports en commun, les salles d'attente ainsi que dans les établissements et les manifestations accueillant du public. | Avantages de la CMI mention priorité :<br>+ Réductions dans les transports,<br>+ Une demi-part supplémentaire pour le calcul de l'impôt sur le revenu (soumis à conditions). |

L'éligibilité aux différentes mentions **sera traitée lors de l'évaluation à domicile par un professionnel.**

## QUELLES AIDES EXISTENT POUR LE PROCHE AIDANT ?

Un proche aidant est un membre de la famille, un ami, un voisin qui apporte une aide régulière, fréquente et de manière non professionnelle à la personne âgée pour la réalisation de ses actes et activités de la vie quotidienne. La qualification de proche aidant permet d'accéder à :

- + **une aide au répit** dans le cadre du plan d'aide de l'Allocation personnalisée d'autonomie - APA (hébergement temporaire, relai à domicile...),
- + **des relais en cas d'hospitalisation** du proche aidant indispensable, dans le cadre de l'APA également.

Lors de l'évaluation à domicile, le professionnel du département pourra fournir des renseignements.

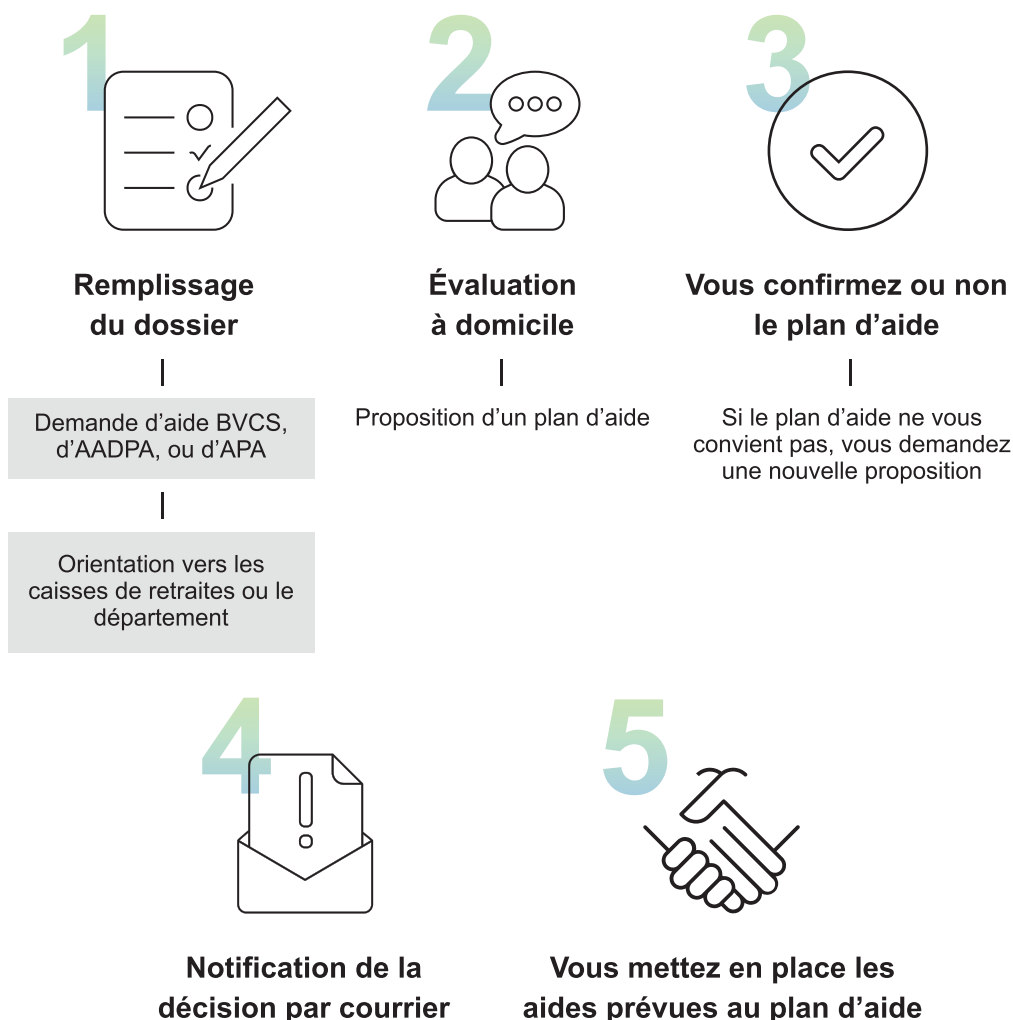
**D'autres dispositifs de soutien aux proches aidants existent.** Pour les découvrir plus en détail, se rapprocher des structures suivantes :

- + Les points d'information locaux dédiés aux personnes âgées (CLIC) ou relais autonomie,
- + Les plateformes d'accompagnement et de répit.

<https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/autonomie/article/agir-pour-les-aidants>

Pour des informations complémentaires, consulter la rubrique sur les points d'information dédiés aux personnes âgées sur le portail : [www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr](http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr)

## PARTIE 3/3 : LES ÉTAPES DES PROCÉDURES DE DEMANDE ET D'ATTRIBUTION DES AIDES



## LES VOIES DE RECOURS

Pour votre demande d'Allocation personnalisée d'autonomie (APA), si vous n'êtes pas d'accord avec la décision du président du département, vous devez dans un premier temps faire un recours administratif préalable auprès de lui. Vous adressez un courrier par voie postale ou à l'accueil de votre département, en expliquant les raisons de votre désaccord avec sa décision. Vous devez joindre à ce courrier celui vous informant de la décision, et vous pouvez y ajouter des pièces complémentaires si vous le jugez nécessaire. Le président du département a 2 mois pour vous répondre après réception de votre courrier.

Si vous n'êtes toujours pas d'accord avec la décision du président du département après votre recours, vous pouvez contester cette décision auprès du tribunal administratif.

Pour votre demande d'aide Bien vieillir chez soi (BVCS) et d'Accompagnement à domicile des personnes âgées (AADPA), veuillez adresser un courrier à votre caisse de retraite. Un réexamen à titre gracieux est possible, mais il n'est pas possible d'effectuer de recours contentieux.

## LIENS COMPLÉMENTAIRES

Pour en savoir plus sur les dispositifs concernés par cette demande :

- + le site du département du demandeur, <https://www.ladrome.fr/mon-quotidien/soldarites/seniors/>  
**Drôme Solidarités : 04 75 79 70 09**
- + le portail national d'information pour l'autonomie des personnes âgées et l'accompagnement de leurs proches : [www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr](http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr),
- + le site internet de la caisse de retraite du demandeur et le portail national : [www.pourbienvieillir.fr](http://www.pourbienvieillir.fr).

## Certificat médical relatif à une demande d'APA à domicile avec ou sans demande de CMI

Ce certificat médical est à compléter par votre médecin traitant et à joindre sous enveloppe cachetée au dossier PROFIL 2 APA. Il peut donner lieu à un échange et partage d'informations au sein de l'EMS APA qui constitue une équipe de soins. Les informations communiquées avec votre accord serviront à établir le plan d'aide APA le plus adapté à votre situation et à déterminer votre éligibilité à une carte mobilité inclusion (CMI). Vous pouvez joindre à ce certificat les comptes rendus et documents les plus récents et significatifs permettant de mieux comprendre votre situation.

Nom(s) : ..... Prénom(s) : .....  
Nom de naissance : ..... Né(e) le : .....  
Adresse : .....

### 1. Pathologie(s) et signe(s) clinique(s) contribuant à l'atteinte de l'autonomie

.....  
.....  
.....  
.....

**Précisez les signes cliniques ayant un retentissement significatif sur la vie quotidienne de la personne** (apragmatisme, dénutrition, troubles de l'équilibre, troubles cognitifs, troubles de la communication, etc.) :

.....  
.....  
.....  
.....

### 2. Prise(s) en charge(s) thérapeutique(s)

**Indiquez les prises en charges thérapeutiques présentes de manière prolongée et pouvant avoir des répercussions dans la vie de la personne du fait de mode d'administration, de temps de traitement, de répétitions, d'effets secondaires, de contraintes géographiques, etc.** (chimiothérapie, dialyse, ...) :

.....  
.....  
.....  
.....

### 3. Perspective d'évolution de l'atteinte de l'autonomie

- Stabilité       Amélioration (préciser la durée prévisible des limitations fonctionnelles : < 1 an  > 1 an  )  
 Aggravation       Evolutivité majeure       Non définie

### 4. Mobilité - Déplacements

> Périmètre de marche ?      < 200 m       > 200 m

> Le patient a-t-il :      Non      Oui

|   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Une station debout pénible ?                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Une prothèse externe des membres inférieurs ?    | <input type="checkbox"/> |                          |
| <input type="checkbox"/> Une oxygénothérapie pour tous ses déplacements ? | <input type="checkbox"/> |                          |

- > **Pour ses déplacements, la personne a-t-elle besoin systématiquement d'une aide ?** Non  Oui  (précisez)
- Aide humaine (quelles que soient les difficultés rencontrées)  
 Canne     Déambulateur     Fauteuil roulant  
 Autre aide technique (précisez) : .....

## 5. Évaluation de la perte d'autonomie

| Mobilité, manipulation et capacité motrice                 | 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       |
|--|--|---|--------------------------|--------------------------|
| Assurer ses transferts (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"/> |
| Avoir la préhension manuelle :                             | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/>                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avoir des activités de motricité fine :                    | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/>                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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"/> |
| Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire : | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/>                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Assurer l'hygiène de l'élimination fécale :   | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/>                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Précisions : .....

.....

.....

| Cognition / Capacité cognitive  | 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 personnelle : | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/>                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Maîtriser son comportement :    | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/>                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Cohérence des réponses aux questions ? Oui  Non  Si connu, indiquez le score MMS : /

Précisions: .....

.....

.....

## 6. Déficiences sensorielles

- > **En cas de déficience auditive avec un retentissement significatif**, merci de joindre le compte rendu type pour un bilan auditif rempli par un ORL (Volet 1 du Cerfa n°15695\*01-certificat médical MDPH)
- > **En cas de déficience visuelle avec un retentissement significatif**, merci de joindre le compte-rendu type pour un bilan ophtalmologique rempli par un ophtalmologiste (Volet 2 du Cerfa n°15695\*01-certificat médical MDPH)

Document rédigé à la demande du patient et remis en main propre.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Cachet du médecin ou n° RPPS \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_