



Conseil Général
Département du Nord

**DIRECTION GENERALE
DE L'ACTION SOCIALE**

Direction de la Solidarité
aux Personnes Agées et
aux Personnes Handicapées
59047 LILLE CEDEX

VOUS-MEME :

(la personne qui souhaite bénéficier de l'APA)
(une demande doit être établie par personne)

Votre nom : _____
(nom de naissance, suivi s'il y a lieu de votre nom d'épouse ou d'époux.)

Votre prénom : _____

Votre commune : _____ **Code postal :** _____

Votre canton : _____

(il s'agit du nom de la commune et du canton où vous résidez actuellement,
ou, si vous ne disposez pas de domicile fixe, de ceux de l'organisme auprès duquel vous avez élu domicile.)

**Allocation Personnalisée d'Autonomie
(APA)**

Vous souhaitez une APA (cochez les cases correspondantes SVP) :

à domicile

en établissement

Cette demande est déposée ou envoyée :

directement auprès du Département du Nord
(Direction de la Solidarité aux Personnes Agées et aux Personnes Handicapées
51 rue Gustave Delory, 59047 Lille Cedex)

avec l'aide d'un organisme :

du C. C. A. S.

de l'établissement dans lequel vous résidez*

d'une association d'aide à domicile*

d'un organisme de Sécurité Sociale*

autres*

***précisez SVP :** _____

Date d'arrivée du dossier dans le
service départemental :

Réservé à l'administration

N° DOSSIER :

Réservé à l'administration

	VOUS-MEME	VOTRE CONJOINT VOTRE CONCUBIN VOTRE PARTENAIRE PACS
NOM DE NAISSANCE		
NOM D'EPOUSE		
PRENOM		
DATE ET LIEU DE NAISSANCE		
NUMERO DE SECURITE SOCIALE		
NATIONALITE (française, ressortissant Union Européenne, autres...)		
SITUATION DE FAMILLE (marié, divorcé, veuf, pacs, célibataire, séparé...)		
REGIME DE RETRAITE PRINCIPAL		
PROFESSION DU CONJOINT SI NON RETRAITE		
RESSOURCES ANNUELLES (en EUROS) :		
- Salaires :		
- Pensions et Retraites : (indiquez le montant déclaré figurant sur la 1ère ligne du dernier avis d'imposition ou de non imposition)		
- Revenus de capitaux soumis au prélèvement libératoire (voir votre dernière déclaration d'impôt) :		
- Autres :		

VOTRE ADRESSE ACTUELLE : _____

- Précisez s'il s'agit (cochez les cases correspondantes SVP) :

du domicile personnel

de l'établissement

de l'adresse de la personne qui vous accueille à domicile dans le cadre de la loi du 10 juillet 1989

d'un organisme agréé auprès duquel vous avez élu domicile

- Indiquez votre adresse précédente : _____

- ☎ n° de téléphone de la personne à joindre éventuellement pour fixer le rendez-vous de la visite à domicile : _____

- Indiquez le cas échéant l'existence d'une mesure de protection judiciaire :
(si oui, vous pouvez joindre la photocopie du jugement)

sauvegarde de justice

curatelle

tutelle

- Nom, adresse et n° de téléphone du tuteur ou de l'association chargée de la mesure : _____

- INDIQUEZ ICI SVP VOTRE ☎ N° DE TELEPHONE PERSONNEL : _____

Si vous-même ou votre conjoint (ou concubin ou partenaire pacs) percevez une aide ci-dessous, cochez la case correspondante :

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| - l'allocation compensatrice pour tierce personne | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| - la prestation spécifique dépendance | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| - l'aide ménagère aide sociale | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| - la majoration spéciale pour tierce personne | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |

PATRIMOINE DU FOYER (demandeur, conjoint, concubin, ou partenaire en pacs)
(Précisez si vous le notez en EUROS ou en FRANCS)

Biens fonciers ou immobiliers (non productifs de revenus)		
<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Si oui : joindre SVP la photocopie de votre dernier avis de taxe foncière bâtie ou non bâtie.		
Il s'agit ici uniquement des terrains ou des maisons, appartements, ou autres constructions bâties, que vous possédez, mais qui ne vous rapportent aucun revenu et que vous n'occupez pas pour votre résidence principale.		
Nature des biens Ex : Maison, appartement, terrains, terres agricoles...	Adresse des biens	Usage actuel Ex : Occupé par le demandeur, Occupé à titre gratuit, ou inoccupé etc...
COMPTES BANCAIRES COURANTS		
(si le total en fin de mois est supérieur à 3.000 euros joindre SVP la photocopie du dernier relevé bancaire)		
Il s'agit ici de fournir les informations concernant uniquement vos comptes bancaires si le solde total en fin de mois est supérieur à 3.000 euros (19.679 Francs)		
Nom de votre (vos) organisme(s) financier(s)	Adresse de votre (vos) agence(s)	Montants

Dans le but de permettre l'examen de vos droits à des heures d'aide ménagère ou autres aides sociales par les caisses de retraite veuillez remplir l'autorisation ci-dessous :

J'autorise le Président du Conseil Général à transmettre mon dossier aux Caisses de Retraite (en cas de rejet de ma demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie).		
Fait à : _____	Le : _____	Signature : <input type="text"/>

Je soussigné(e), agissant en mon nom propre ou en ma qualité de représentant, certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus qui sont fournis dans le cadre de cette demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie.

Fait à : _____	Le : _____	Signature : <input type="text"/>
----------------	------------	----------------------------------

PIECES A JOINDRE A CE DOSSIER

Veillez veiller à n'omettre aucune des pièces suivantes. A défaut votre dossier serait considéré comme incomplet. Merci.

I.

- Si vous êtes de nationalité française ou d'une nationalité de l'Union Européenne :
 - la photocopie du livret de famille ou de la carte nationale d'identité ou d'un passeport d'un Etat membre de l'Union Européenne ou d'un extrait d'acte de naissance
- Si vous êtes de nationalité étrangère hors Union Européenne :
 - la photocopie de la carte de résidence ou du titre de séjour

II.

- De plus, quelle que soit votre nationalité, vous devez joindre :
 - la photocopie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition sur le revenu
 - la photocopie du dernier relevé de la taxe foncière sur les propriétés bâties et non bâties
 - un relevé d'identité bancaire ou postal

RESERVE A L'ADMINISTRATION

I - CLASSEMENT EN GROUPE ISO-RESSOURCES :

1	2	3	4	5	6

II - DATE ET AVIS DE LA COMMISSION D'ATTRIBUTION : _____

III - DECISION DU PRESIDENT DU CONSEIL GENERAL : _____

DISPOSITIONS RELATIVES A LA LOI DU 6 JANVIER 1978

Les traitements relatifs à cette demande sont informatisés. Ils sont donc soumis aux dispositions de la loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978 qui protège les droits et libertés individuels.

Conformément à l'article 27 de cette loi, les personnes auprès desquelles sont recueillies des informations nominatives sont informées que :

- 1 - Toutes les réponses aux différents questionnaires sont obligatoires. Un défaut de réponse entraînera des retards ou une impossibilité dans l'instruction du dossier.
- 2 - Les destinataires des informations collectées sont exclusivement les administrations et organismes habilités à connaître des dossiers d'aide à domicile ou en établissement.
- 3 - En tout état de cause, les personnes concernées ont un droit d'accès et de rectification des informations nominatives stockées ou traitées informatiquement.

Pour l'exercice de ce droit, il convient de vous adresser pour l'Allocation Personnalisée d'Autonomie, en justifiant de votre identité, à :

Monsieur le Président du Conseil Général du Nord
Direction de la Solidarité aux Personnes Agées et aux Personnes Handicapées
Hôtel du Département
51 rue Gustave Delory - 59047 Lille Cedex.



Conseil Général
Département du Nord

**DIRECTION GENERALE
DE L'ACTION SOCIALE**

Direction de la Solidarité
aux Personnes Agées et
aux Personnes Handicapées
59047 Lille Cedex

QUESTIONNAIRE RELATIF A L'AUTONOMIE DU DEMANDEUR

(à remplir par le médecin traitant)

Mr

Mme

Melle

Nom :

Prénom :

Nom de jeune fille :

Date et lieu de naissance :

Domicile :

Téléphone :

Médecin traitant :

Coordonnées téléphoniques :

Adresse :

NB : Un commentaire médical peut être joint au présent formulaire si le médecin traitant le souhaite, sous pli médical confidentiel à destination du médecin départemental.

14 - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'AUTONOMIE :

a) L'intéressé est-il :

⇒ grabataire

⇒ constamment au fauteuil de jour

b) Ce sujet présente-t-il ?

	OUI	UN PEU DIMINUEE	TRES DIMINUEE	ABOLI
- Une attitude psychologique coopérante (démission)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Une cohérence (converser et/ou se comporter de façon logique et sensée)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Une orientation (temps, moments de la journée et espace)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Une continence urinaire :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Une continence fécale :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

c) L'intéressé peut-il

	Normalement (seul)	Difficilement (mais seul)	Aide nécessaire	Impossible
- Faire sa toilette				
haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- S'habiller, se déshabiller				
haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
moyen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Gérer son appareillage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Se lever du lit, se coucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Marcher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Monter l'escalier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Se lever d'une chaise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Aller aux toilettes et assurer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Faire le ménage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Préparer ses repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Manger, boire (des aliments préparés)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Couper ses aliments (préparés)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Utiliser les moyens de communications (alarme, téléphone, sonnette d'appel, système hertzien)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Sortir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Utiliser un moyen de transport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- rester debout	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Gérer ses ressources, l'argent, ses affaires et faire des démarches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Faire ses courses, des achats directs ou par correspondance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Temps libre (activités de loisirs, culturelles ou sociales)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Suivre un traitement médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

es déplacements intérieurs sont aidés par : canne appuis déambulateur autre

es déplacements extérieurs sont aidés par : canne appuis déambulateur autre

Date

Nom (ou cachet) du médecin

Signature