

## RELEVÉ DES CAPITAUX PLACÉS D'ASSURANCE VIE - ANNEE \_ \_ \_ \_

**(A REMPLIR PAR LE OU LES ÉTABLISSEMENT(S) BANCAIRE(S) ET/OU ASSURANCIELS - A NOUS RETOURNER IMPÉRATIVEMENT)**

Nom du ou des requérant(s) : .....

Adresse : .....

Dossier n° .....

Affaire suivie par :

Mme / M.

Poste : 02 41 81

PRODUITS	CAPITAL DU DEMANDEUR	CAPITAL DU CONJOINT, CONCUBIN OU PACSE
Possédez-vous des contrats d'épargne correspondant à des Assurances Vie ? :  OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		

### ATTENTION !

« Le décret n°2016-210 du 26 février 2016 relatif à la valorisation et à l'amélioration de l'allocation personnalisée d'autonomie prévoit la prise en compte des revenus et du patrimoine dormant du demandeur. Ainsi le demandeur et le cas échéant, son conjoint, son concubin ou la personne avec laquelle il a conclu un PACS doivent fournir la preuve de l'existence ou non de contrat d'assurance vie et d'en déclarer le montant placé lors de sa demande APA auprès du département. A ce titre, le justificatif devient une pièce obligatoire à la complétude du dossier. »

Je soussigné : (titulaire du compte ou Représentant légal)

NOM : .....

PRÉNOM : .....

NOM de JEUNE FILLE : .....

Qualité : .....

Adresse : .....

.....

.....

Autorise les organismes bancaires ou assuranciers à fournir tous renseignements utiles sur le montant des capitaux placés d'assurance vie.

Le ..... Signature

Visa de l'établissement bancaire :

L'établissement bancaire atteste que

M. ....  
 n'a pas, à ce jour, dans notre établissement, d'autre forme d'épargne d'assurance vie que celle indiquée ci-dessus

A.....

Le.....

Numéro de Dossier :

**APA à Domicile**

(y compris Résidence autonomie, et Logement Foyer)

**APA en Etablissement**

1<sup>ère</sup> demande

Révision

Nouvelle demande après refus

## ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE (pour une personne âgée de 60 ans et plus)

NOM du demandeur : .....

Prénoms : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Courriel : .....

Coordonnées de la personne référente à contacter pour rendez-vous au domicile (si nécessaire)

NOM : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Courriel : .....

Qualité :

- Enfant
- Conjoint
- Parent
- Représentant légal
- Autre

Souhaite être présent lors de la  
visite d'évaluation

Coordonnées du médecin traitant

NOM : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Ce document doit être rempli avec le plus grand soin.

Toutes les rubriques doivent être complétées.

Fournir tous les documents et justificatifs (photocopies) indiqués dans la liste figurant sur le feuillet 1

**CETTE DEMANDE NE POURRA ETRE TRAITÉE QUE SI LE DOSSIER EST COMPLET**

	DEMANDEUR	CONJOINT(E), CONCUBIN(E) OU PACSÉ(E)
NOM d'usage pour les femmes		
NOM de famille (nom de naissance)		
PRÉNOMS		
DATE ET LIEU DE NAISSANCE		
SEXE	<input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin	
NATIONALITÉ	<input type="checkbox"/> France <input type="checkbox"/> Union Européenne <input type="checkbox"/> Autre (à préciser) _____	<input type="checkbox"/> France <input type="checkbox"/> Union Européenne <input type="checkbox"/> Autre (à préciser) _____
SITUATION DE FAMILLE	<input type="checkbox"/> marié <input type="checkbox"/> pacsé <input type="checkbox"/> concubin <input type="checkbox"/> divorcé <input type="checkbox"/> veuf <input type="checkbox"/> célibataire	
PROTECTION ADMINISTRATIVE OU JURIDIQUE *	<input type="checkbox"/> sauvegarde de justice <input type="checkbox"/> curatelle <input type="checkbox"/> tutelle <input type="checkbox"/> habilitation familiale <input type="checkbox"/> mandat de protection future	<input type="checkbox"/> sauvegarde de justice <input type="checkbox"/> curatelle <input type="checkbox"/> tutelle <input type="checkbox"/> habilitation familiale <input type="checkbox"/> mandat de protection future
CAISSE DE RETRAITE PRINCIPALE		
N° DE SECURITE SOCIALE		

\* Le cas échéant : précisez le Nom et l'adresse du représentant légal sur la 1ère page (coordonnées de la personne référente).

DEMANDEUR	CONJOINT(E), CONCUBIN(E) OU PACSÉ(E)
Adresse : _____	Adresse (si différente du demandeur) : _____
<input type="checkbox"/> domicile personnel      Est-il locataire ? OUI – NON      Est-il propriétaire ? OUI - NON <input type="checkbox"/> résidence autonomie ou logement-foyer <input type="checkbox"/> établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (ou maison de retraite) <input type="checkbox"/> au domicile d'un accueillant familial à titre onéreux <input type="checkbox"/> d'une résidence service ou autre structure collective <input type="checkbox"/> autre (à préciser : _____)	

Adresses précédentes du demandeur (Autres qu'une résidence autonomie (ou logement-foyer) ou une maison de retraite) - (OBLIGATOIRE : pour déterminer le Département compétent) :

Du ..... au ..... : Adresse : .....

Du ..... au ..... : Adresse : .....

Du ..... au ..... : Adresse : .....

## VOTRE DEMANDE

### INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Le demandeur est-il bénéficiaire :

- D'une majoration pour aide constante d'une tierce personne (MTP) ou Pension d'invalidité 3<sup>ème</sup> catégorie ?  
 OUI  NON Précisez date ouverture du droit :
- D'une prestation complémentaire pour recours à tierce personne (PC RTP) ?  
 OUI  NON Précisez date ouverture du droit :
- D'une allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) ?  
 OUI  NON
- D'une prestation de compensation du handicap (PCH) ?  
 OUI  NON
- D'une aide-ménagère prise en charge par :
  - Le Département de Maine & Loire :  OUI  NON
  - Votre caisse de retraite :  OUI  NON
  - Une caisse complémentaire :  OUI  NON
  - Autre (mutuelle, assurance) :  OUI  NON Précisez l'organisme :

**ATTENTION** : Aucune de ces prestations n'est cumulable avec l'Allocation Personnalisée d'Autonomie

### PATRIMOINE DU FOYER

Indiquer « Néant » si aucun BIEN IMMOBILIER

I - ADRESSE DE TOUS LES BIENS IMMOBILIERS	
Joindre une copie de la taxe foncière propriétés bâties ou non (demandeur, son conjoint, concubin, pacsé)	Préciser si le bien est loué ou non

Indiquer « Néant » si aucun CONTRAT D'ASSURANCE-VIE

II - MONTANT DES CONTRATS D'ASSURANCE-VIE	
Joindre une copie du relevé annuel d'information bancaire et assurantiel (demandeur, son conjoint, concubin, pacsé)	Préciser le montant de chaque contrat

### DEMANDE D'UNE CARTE MOBILITE INCLUSION (CMI)

Souhaitez-vous bénéficier d'une CMI avec mention <b>priorité ou invalidité</b> ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Souhaitez-vous bénéficier d'une CMI avec mention <b>stationnement</b> ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

# RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PROCHES AIDANTS DU DEMANDEUR (FACULTATIF)

Ce volet du dossier de demande vise à apporter les premières informations sur **les personnes de votre famille, de votre entourage amical ou de voisinage** qui vous apportent une aide dans la vie quotidienne qu'on dénommera « aidants » dans ce qui suit. Son remplissage est facultatif.

## A – RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

	AIDANT 1	AIDANT 2	AIDANT 3
NOM D'USAGE (POUR LES FEMMES)			
NOM DE FAMILLE (NOM DE NAISSANCE)			
PRENOM			
DATE DE NAISSANCE			
LIEU DE RESIDENCE			
TELEPHONE			
NATURE DU LIEN AVEC LE DEMANDEUR DE L'APA			

## B – NATURE DE L'AIDE APPOURTEE AU DEMANDEUR DE L'APA

Par exemple : accompagnement dans les déplacements à l'extérieur de votre domicile, courses... accompagnement dans les actes de la vie quotidienne (toilette, habillage, alimentation...)

	AIDANT 1	AIDANT 2	AIDANT 3
NATURE DE L'AIDE			
DUREE ET PERIODICITE DE L'AIDE APPOURTEE			

## C – PERSONNES POUVANT APPORTER UN RELAIS A L'AIDANT


## D - EXPRESSION DE VOS BESOINS


## ENGAGEMENT DE LA DEMANDE

Je soussigné(e), agissant,  
 en mon nom propre <sup>(?)</sup>  
 en ma qualité de représentant légal<sup>(?)</sup> de : .....

- certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus qui sont fournis dans le cadre d'une demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie ;
- autorise, le cas échéant, la transmission par le Président du Conseil Départemental, des éléments utiles du dossier aux institutions compétentes (Caisses de retraites, etc...).

Fait à : ..... Signature **du demandeur** (ou représentant légal),

le : .... / .... / .....

<sup>(?)</sup> rayer la mention inutile

# CERTIFICAT MEDICAL CONFIDENTIEL

Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)  
A L'ATTENTION DU MEDECIN  
DU SERVICE MEDICAL

DOSSIER N°

- Première demande
- Nouvelle demande après refus
- Révision

## ETAT CIVIL

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

## LIEU DE VIE

❖ **L'environnement humain, la personne vit-elle :**

**A DOMICILE, préciser le type d'habitat**

- ↳ en pavillon
- ↳ en appartement
- ↳ en résidence autonomie (ex logement-foyer)
- ↳ en résidence avec services
- ↳ autre, préciser .....

**SEULE**

Oui  Non

→ confinée

Oui  Non

**EN COUPLE**

Oui  Non

→ conjoint valide ?

Oui  Non

**CHEZ SES ENFANTS**

**EN FAMILLE D'ACCUEIL**

**AUTRE**, préciser .....

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

**1 - ENTREE DANS LA DEPENDANCE**

- Evénement brutal récent : *(à quelle date et de quel type)*
- Polypathologie : *(préciser les différentes affections et leur chronologie)*
- Sénescence « physiologique » : *(préciser les principaux déficits)*



❖ **Autres pathologies non citées en 1 et 2, mais susceptibles d'avoir un impact sur l'autonomie**

⇒ organes des sens (acuité visuelle et auditive)

Si handicap visuel, joindre le bilan ophtalmologique précisant l'acuité visuelle corrigée

⇒ pathologies rhumatologiques (membres supérieurs, rachis...)

⇒ pathologies cardiaques et respiratoires

La personne a-t-elle besoin d'oxygénothérapie pour ses déplacements oui  non

⇒ pathologies neurologiques et psychiatriques

⇒ endocrinopathies, maladies de système, hémopathies...

❖ **Traitement actuel :**

4 - **PRONOSTIC** évolutif à moyen terme

stabilisation

amélioration

aggravation

5 - **COMMENTAIRES**

*(ce questionnaire étant volontairement standardisé, indiquez tout élément supplémentaire vous paraissant important)*

# GRILLE NATIONALE AGGIR

A - fait seul, spontanément, correctement, totalement, habituellement  
 B - fait seul, mais après stimulation, ou mal, ou partiellement, ou à mauvais escient  
 C - ne fait pas : - il faut faire à la place  
 - ou il faut « faire-faire »

A, B ou C

<b>TRANSFERTS :</b> se lever, se coucher, s'asseoir		
<b>DEPLACEMENTS A L'INTERIEUR :</b> avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant		
<b>TOILETTE :</b> assurer son hygiène corporelle du :	<b>HAUT du corps</b>	
	<b>BAS du corps</b>	
<b>ELIMINATIONS :</b> assurer l'hygiène de l'élimination	<b>URINAIRE</b>	
	<b>FECALE</b>	
<b>HABILLAGE :</b> s'habiller, se déshabiller, se présenter	<b>HAUT</b>	
	<b>MOYEN</b>	
	<b>BAS</b>	
<b>ALIMENTATION :</b>	<b>SE SERVIR</b>	
	<b>MANGER</b> (porter les aliments et boissons à la bouche)	
<b>ALERTER :</b> utiliser les moyens à communication (téléphone, téléalarme, alarme, sonnette)		
<b>DEPLACEMENTS A L'EXTERIEUR :</b> en dehors de son lieu de vie		
<b>ORIENTATION :</b>	<b>LE TEMPS</b>	
	<b>L'ESPACE</b>	
<b>COHERENCE :</b>	<b>COMMUNICATION</b> verbale et/ou non verbale	
	<b>COMPORTEMENT</b> agir de façon logique et sensée	

Certificat établi le :

, par le Docteur (cachet et signature)

**A RETOURNER A :**  
**DÉPARTEMENT DE MAINE-ET-LOIRE**  
**MAISON DÉPARTEMENTALE DE L'AUTONOMIE**  
**SERVICE MEDICAL**  
**CS 94104 - 49941 ANGERS cedex 9**

## DEMANDE DE CARTE D'INVALIDITE ET CARTE EUROPEENNE DE STATIONNEMENT POUR LES BENEFICIAIRES DE L'ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE CLASSES EN GIR 1 OU 2

Annexe 2-9 du CASF & Décret 2016-210 du 26/02/2016 du Code de l'Action Sociale et de la Famille

### A - Renseignements administratifs concernant le demandeur :

NOM (Nom de jeune fille et nom d'usage pour les femmes) :

.....

Prénom :

.....

Date et lieu de naissance :

.....

Adresse :

.....

.....

.....

### B - Objet de la demande :

Votre demande concerne :		
La carte d'invalidité :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<b><u>Si oui</u></b> , s'agit-il d'une demande de renouvellement ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
La carte européenne de stationnement :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<b><u>Si oui</u></b> , s'agit-il d'une demande de renouvellement ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

### Liste des documents à fournir :

☞ S'il s'agit d'une demande de renouvellement : une copie de la carte ou des cartes déjà attribuées.