

**DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE  
(APA) À DOMICILE POUR LES PERSONNES DE 60 ANS ET PLUS**

**IMPORTANT** pour que votre dossier soit traité :

- Répondez à toutes les questions et signez en dernière page du document
- Joignez tous les documents demandés (Liste ci-dessous)
- L'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) **n'est pas cumulable** avec les prestations suivantes : la Majoration Tierce Personne (**MTP**), la Prestation complémentaire pour recours à tierce personne (**PCRTP**), l'Allocation Compensation du Handicap (**PCH**), L'allocation compensatrice pour tierce personne (**ACTP**) et l'**aide-ménagère** à domicile. **Vérifiez** si vous les percevez.

**Demandeur**

NOM : ..... PRENOM : .....  
DATE DE NAISSANCE : \_ / \_ / \_ \_ \_ COMMUNE : .....

**Liste des pièces indispensables :**

- Photocopie du **livret de famille** ou de la **carte nationale d'identité** ou d'un **passport** de la Communauté Européenne (ou d'un extrait de naissance); ou de la **carte de résidence** ou du **titre de séjour** en cours de validité pour les demandeurs de nationalité étrangère
- Photocopie recto verso de votre **dernier avis d'imposition ou de non-imposition à l'impôt sur le revenu** et, le cas échéant, celui de votre conjoint, concubin ou partenaire d'un PACS
- Si vous, votre conjoint, concubin ou partenaire d'un PACS êtes propriétaire : photocopie recto verso des **derniers avis d'imposition relatifs aux taxes foncières sur les propriétés bâties et/ou non bâties**
- Photocopie de votre **carte vitale**
- Relevé d'identité bancaire** ou postal au nom du demandeur
- Questionnaire médical
- En cas de cohabitation, fournir une attestation sur l'honneur indiquant que la personne avec qui vous cohabitez n'est pas votre concubin

**Dossier à adresser par courrier postal :** *Collectivité européenne d'Alsace  
Service Prestations d'Aides Sociales  
Hôtel du Département  
100 avenue d'Alsace - BP 20351  
68006 COLMAR CEDEX*

**ou par mail à l'adresse suivante :** [prestations.aidessociales@alsace.eu](mailto:prestations.aidessociales@alsace.eu)

# A – RENSEIGNEMENTS

Etat civil	Demandeur	Conjoint, concubin ou partenaire d'un PACS
<b>Civilité</b>	<input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> Madame	<input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> Madame
<b>Nom d'usage : nom d'époux(se)</b>		
<b>Nom de naissance</b>		
<b>Prénom</b>		
<b>Date et lieu de naissance</b>	Le [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Ville : ..... Pays : .....	Le [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Ville : ..... Pays : .....
<b>Nationalité</b>		
<b>Adresse actuelle</b>	N° et voie : ..... ..... ..... CP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Ville : ..... <u>Date d'arrivée à cette adresse :</u> .....  <u>Précisez s'il s'agit :</u> <input type="checkbox"/> du domicile du demandeur <input type="checkbox"/> de l'accueil par un particulier agréé à titre onéreux <input type="checkbox"/> chez vos enfants <input type="checkbox"/> autre à préciser : ..... ..... <u>Il y a 3 mois, quelle était votre adresse ? :</u> ..... ..... .....	N° et voie : ..... ..... ..... CP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Ville : .....  <u>Précisez s'il s'agit :</u> <input type="checkbox"/> du domicile du demandeur <input type="checkbox"/> en établissement <input type="checkbox"/> autre à préciser : ..... .....
<b>Téléphone(s)+mail</b>	Fixe : ..... Mobile : ..... Mail : .....	Fixe : ..... Mobile : ..... Mail : .....
<b>Situation actuelle</b>	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Veuf (ve) <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Concubinage	
	<input type="checkbox"/> Retraité(e) <input type="checkbox"/> En activité	<input type="checkbox"/> Retraité(e) <input type="checkbox"/> En activité
<b>N° assuré social</b>	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
<b>Nom de la caisse de retraite principale</b>		

## B – RESSOURCES / PATRIMOINE

	Demandeur	Conjoint, concubin ou partenaire d'un PACS
Montant annuel des salaires, pensions et retraites de toutes natures y compris pensions et revenus étrangers	.....	.....
Revenus soumis au prélèvement libératoire en application des articles 125-0 A et 125 D du code général des impôts (bons et contrats de capitalisation, produits d'épargne solidaire, etc...)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Valeur : ..... (L'attestation bancaire précise la valeur déclaré aux impôts)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Valeur : ..... (L'attestation bancaire précise la valeur déclaré aux impôts)
Possédez-vous des biens immobiliers ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non De quelle nature : 1)..... 2)..... Adresse(s) du (des) bien(s) : 1)..... 2).....	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non De quelle nature : 1)..... 2)..... Adresse(s) du (des) bien(s) : 1)..... 2).....
Assurance-vie	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Valeur : ..... (le relevé annuel d'assurance-vie précise la valeur inscrite au contrat)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Valeur : ..... (le relevé annuel d'assurance-vie précise la valeur inscrite au contrat)
Biens mobiliers : objets d'art, chevaux de course, bateau	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Valeur : .....	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Valeur : .....

## C - AUTRES RENSEIGNEMENTS

Etes-vous bénéficiaire de :	Demandeur
L'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP)	<input type="checkbox"/> oui depuis le..... <input type="checkbox"/> non
La Majoration Tierce Personne (MTP) versée par votre caisse de retraite	<input type="checkbox"/> oui depuis le..... <input type="checkbox"/> non Avez-vous une demande en cours ? <input type="checkbox"/> oui depuis le..... <input type="checkbox"/> non
La Prestation complémentaire pour recours à tierce personne (PC RTP)	<input type="checkbox"/> oui depuis le..... <input type="checkbox"/> non Avez-vous une demande en cours ? <input type="checkbox"/> oui depuis le..... <input type="checkbox"/> non
La Prestation Compensation du Handicap (PCH)	<input type="checkbox"/> oui depuis le..... <input type="checkbox"/> non
L'aide-ménagère au titre de l'aide sociale de la collectivité	<input type="checkbox"/> oui depuis le..... <input type="checkbox"/> non
L'aide-ménagère au titre d'une caisse de retraite	<input type="checkbox"/> oui depuis le..... <input type="checkbox"/> non

Faites-vous l'objet d'une mesure de protection juridique :	Demandeur	
Tutelle	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Si oui précisez nom et adresse du tuteur ou de l'association : ..... ..... ..... ➤ <b>Joindre un document justificatif</b>
Curatelle	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Sauvegarde de justice	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

### Coordonnées d'une personne référente

Personne qui s'engage à soutenir le demandeur dans ses démarches administratives en lien avec l'APA à domicile. Elle servira de lien, si besoin est, d'intermédiaire entre le demandeur et les services de la Collectivité.

<b>Nom et prénom :</b>	
<b>Adresse :</b>	N° et voie : ..... ..... CP :  _ _ _ _ _  Ville : ..... Mail : .....
<b>N° de Téléphone</b>	Fixe : ..... Mobile : ..... Professionnel:.....
<b>Lien de parenté avec le demandeur</b>	<input type="checkbox"/> oui lequel : ..... <input type="checkbox"/> non lequel : .....

Autorisez-vous la transmission par la Collectivité européenne d'Alsace du dossier aux caisses de retraite (en cas de rejet d'allocation personnalisée d'autonomie) :  Oui  Non

Je soussigné(e), agissant en mon nom propre / en ma qualité de représentant légal de M / Mme (\*)  
.....  
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 (A.P.A) à domicile.

J'ai **pris connaissance du livret d'information** et **m'engage à signaler toute modification** qui interviendrait ultérieurement dans ma / sa situation : hospitalisation, entrée en établissement, décès, congés du salarié ou mandataire, arrêt du contrat salariat, absence prolongée du domicile. Je suis informé(e) que toute fausse déclaration m'expose aux sanctions pénales et financières prévues par la loi.

**Fait à** ..... Le |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|\_|\_|

**Signature** : (obligatoire de la main du bénéficiaire ou de son représentant légal) :  
\* rayer la mention inutile

L'A.P.A est délivrée en application des articles L232-3 et suivants du Code de l'action sociale et des familles.

La Collectivité européenne d'Alsace informe que pour vérifier les déclarations des intéressés et s'assurer de l'effectivité de l'aide qu'ils reçoivent, les services chargés de l'évaluation des droits à l'allocation personnalisée d'autonomie et du contrôle de son utilisation peuvent demander toutes les informations nécessaires aux administrations publiques, notamment aux administrations fiscales, aux collectivités territoriales, aux organismes de sécurité sociale et de retraite complémentaire qui sont tenus de les leur communiquer. (art. L 232-16 CASF).

Les données sont susceptibles d'être communiquées à la CARSAT Alsace Moselle et/ou aux services sociaux hospitaliers.

### DISPOSITIONS RELATIVES A LA PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

Conformément au Règlement Général pour la Protection des Données (RGPD) et à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification, ainsi qu'un droit de limitation au traitement des données qui vous concernent. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement de vos données et donner des directives relatives à la communication de vos données après votre décès.

Vous pouvez exercer vos droits en vous adressant au Service des prestations d'aides sociales de la Collectivité européenne d'Alsace ou au Délégué à la Protection des Données à l'adresse suivante : [dpd@haut-rhin.fr](mailto:dpd@haut-rhin.fr)

Vous disposez enfin du droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés ([www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)).

Dans le cadre de l'instruction de votre dossier, vos données sont partagées, le cas échéant, avec les autres services de la Collectivité européenne d'Alsace qui vous accompagnent à l'exception des données médicales qui restent conservées par le service instructeur. Vos données peuvent être partagées, le cas échéant, avec les professionnels intervenant durant le parcours de soin de la personne concernée.

Une fois le paiement effectué, votre dossier est conservé 10 ans avant de faire l'objet d'un échantillonnage par le Service des Archives.



**CERTIFICAT MEDICAL  
ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE**

***Préambule***

Cher Confrère,

Votre patient va introduire une demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie (A.P.A.) à domicile.

Dans son intérêt et afin de permettre une évaluation au plus juste de son niveau de dépendance, je vous prie de bien vouloir compléter ce formulaire pour qu'il le joigne à sa demande.

**L'absence de certificat médical risque de retarder le traitement de son dossier.**

Au cours de l'instruction, vous pourrez être contacté pour d'éventuels renseignements complémentaires.

Après instruction une copie de la notification et du plan d'aide attribué sera adressée à votre patient qui vous la remettra.

Je me permets de vous rappeler que l'équipe médico-sociale ainsi que l'ensemble des services sont astreints au secret professionnel.

Comptant sur votre collaboration, je vous prie d'agréer, cher Confrère, l'expression de mes salutations distinguées.

Le médecin de l'équipe médico-sociale

**PATIENT**

NOM : ..... Prénom : .....

NOM de jeune fille : ..... date de naissance : .....

Adresse : .....

**MEDECIN TRAITANT** (Cachet) et/ou du praticien hospitalier

NOM : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Joignable de préférence : .....

**Taille** : ..... **Poids** : .....

**→ Affections Principales à l'origine de la Dépendance :**

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

**→ Antécédents médicaux ou chirurgicaux pertinents :**

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

**→ Traitements Médicamenteux en cours :**

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

Observance du traitement : .....

Capacité à gérer son traitement     oui                     non

**→ Eléments de dépendance psychique :**

Trouble(s) de la mémoire l'orientation :

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

Dernier score MMS si réalisé : ..... autre test :

.....

Troubles du langage : .....

Trouble(s) du comportement :

Inversion rythme nyctéméral       fugues       agressivité

Autres : .....

Troubles de l'humeur : .....

Suivi psychiatrique : .....

.....  
.....

→ **Déficiences auditives et visuelles INVALIDANTES :**

Auditives       non       oui      appareillage

Visuelles       non       oui , précisez : .....

Correction : .....

.....

→ **Déficiences cardiaques et/ou respiratoire** ayant un **retentissement** sur la vie quotidienne

dyspnée (stade) : ..... autres : .....

Oxygénothérapie à domicile

→ **Eléments de Dépendance Physique :**

Déficit locomoteur:    MSD     MSG     MID     MIG

Côté dominant D     G

Trouble de l'équilibre  non     oui      Trouble de la marche  non     oui

Chutes  non     oui    fréquence : .....

Autres troubles fonctionnels : .....

Aide technique à la marche :  non     canne     déambulateur     Fauteuil roulant

→ **Déficiences Endocriniennes**

Diabète :  non     oui

Complications : mal perforant     non     oui      Rétinopathie     non     oui

Neuropathie     non     oui      Artériopathie     non     oui

Hypoglycémie sévère avec malaises     non     oui

Autres : .....

.....

→ **Déficiences digestives**

Trouble(s) de la déglutition, du transit, stomie : .....

.....

Incontinence anale :     permanente       occasionnelle

→ **Déficiences urinaires**

Type(s) de trouble :.....  
Incontinence urinaire  permanente  occasionnelle  
Sonde urinaire  dialyse péritonéale  hémodialyse   
Couches  nombre par jour :.....

**Intervention Infirmière en cours :**

1 fois/jour  2 fois/jour  soins particuliers (pansement, sondage, stomie)  
 injections  autres :.....

**Autres Paramédicaux en cours :**

Auxiliaire de vie (toilette, habillage)  SSIAD  Kinésithérapeute   
Accueil de jour  Hôpital de jour

**Attitude psychologique :**

coopérant  indifférent  
 opposant  démissionnaire

**Sur la journée nécessite une surveillance :**  constante  ponctuelle

**Observations éventuelles**

Nom :.....Prénom :.....



## Conséquences des déficiences

**A** : fait seul spontanément, totalement, correctement, habituellement

**B** : fait plus ou moins spontanément, totalement, correctement, habituellement

**C** : ne fait pas du tout

Item	Cotation	Observation
<b>COHERENCE</b> : converser et/ou se comporter de façon logique et sensée	.....	
<b>ORIENTATION</b> : se repérer dans le temps et dans les lieux	.....	
<b>TOILETTE</b> : assurer son hygiène corporelle  Haut Bas	..... .....	
<b>HABILLAGE</b> : s'habiller, se déshabiller, se présenter + appareillage  Haut Moyen Bas	..... ..... .....	
<b>ALIMENTATION</b> : manger les aliments préparés et servis	.....	
<b>ELIMINATION</b> : assurer l'hygiène de son  Elimination urinaire Elimination anale	..... .....	
<b>TRANSFERTS</b> : se lever, se coucher, s'asseoir	.....	
<b>DEPLACEMENTS INTERIEURS</b> avec : <input type="checkbox"/> canne <input type="checkbox"/> déambulateur <input type="checkbox"/> fauteuil roulant	.....	
<b>DEPLACEMENTS EXTERIEURS</b>	.....	
<b>COMMUNICATION</b> à distance : téléphone, sonnette alarme	.....	

A....., le.....  
Signature :