



NOM : .....

Prénom : .....

Commune :

**DEMANDE  
D'ALLOCATION  
PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE  
(APA)**

**DOSSIER ADMINISTRATIF**

**DOSSIER À COMPLÉTER PAR VOS SOINS ET  
À RETOURNER À VOTRE MAISON DU RHÔNE**

**VOTRE MAISON DU RHÔNE**

A large, empty rectangular box with a thin black border is positioned at the bottom of the page. It is intended for the user to provide their return address, with the text "VOTRE MAISON DU RHÔNE" centered at the top of the box.

# RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DEMANDEUR

## ADRESSE ACTUELLE

Résidence.....  
 N° et nom de la voie .....

Bât ..... Étage ..... Code interphone .....

Code postal ..... Commune .....

Adresse électronique .....

**Téléphone obligatoire** .....

Précisez s'il s'agit :

- d'un domicile privé (personnel, familial ...)
- d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées section maison de retraite ou EHPAD.

*Attention, vous ne devez déposer une demande que si vous êtes hébergé(e) dans un établissement hors de la Métropole de Lyon car la majorité des établissements de la Métropole de Lyon perçoit directement l'APA. Prenez contact avec votre Maison du Rhône afin de vérifier que votre établissement entre bien dans ce cadre :*

- unité de soins de longue durée
- foyer logement ou domicile collectif
- autre (établissement pénitentiaire...)

- d'un hébergement de type accueil familial (accueil payant au domicile d'un particulier)

## ADRESSE PRÉCÉDENTE

**Ne remplir que si le demandeur est :**

- soit en établissement ;
- soit résidant depuis moins de trois mois dans la Métropole de Lyon ;
- soit résidant depuis moins de trois mois hors de la Métropole de Lyon.

Adresse

Code postal .....

Commune .....

**DATE DU DEMENAGEMENT VERS LA METROPOLE DE LYON :**

**DATE D'ENTRÉE EN ÉTABLISSEMENT :**

**Nom et adresse d'une personne référente à contacter pour le suivi du dossier :** .....

N° tel : ..... Autres n° tel : .....

Lien de parenté : ..... Date de naissance : .....

ÉTAT CIVIL	DEMANDEUR	CONJOINT OU CONCUBIN OU PARTENAIRE D'UN PACS
NOM d'usage		
NOM de famille		
Prénom(s)		
Date de naissance		
N° de sécurité sociale		
Caisse de retraite		
Nationalité		
Date de fin de validité de la carte de séjour		
Renseignements concernant la situation actuelle	<input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> marié(e)    concubin(e)    PACS <input type="checkbox"/> divorcé(e) <input type="checkbox"/> séparé(e) <input type="checkbox"/> veu(ve) <input type="checkbox"/> autre : ..... <input type="checkbox"/> depuis le : .....	<input type="checkbox"/> retraité(e) <input type="checkbox"/> en activité <input type="checkbox"/> réside au domicile <input type="checkbox"/> réside en établissement <input type="checkbox"/> réside en famille d'accueil <input type="checkbox"/> autre

- Bénéficiez-vous actuellement de :
- |  |     |     |
|--|-----|-----|
| - la majoration tierce personne (MTP)                    | Oui | Non |
| - l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) | Oui | Non |
| - la prestation de compensation du handicap (PCH)        | Oui | Non |
| - la prise en charge d'heures d'aide ménagère            | Oui | Non |
- Si oui :            par votre caisse de retraite  
    par l'aide sociale

- Mentionnez, le cas échéant, si vous faites l'objet d'une mesure de :
- sauvegarde de justice            curatelle            tutelle

Nom et adresse du représentant légal ou de l'association chargée de la gestion des biens :  
 .....Téléphone : .....

## RESSOURCES ANNUELLES

Joindre la photocopie intégrale (recto-verso) du dernier avis d'imposition

	MONTANTS PERÇUS	
	PAR LE DEMANDEUR	PAR LE CONJOINT/CONCUBIN/ PARTENAIRE D'UN PACS
Montant des ressources soumises à prélèvement libératoire et non indiquées sur l'avis d'imposition		
Pensions versées par les enfants pour la prise en charge de la perte d'autonomie		
<b>TOTAL</b>		

## PATRIMOINE DU FOYER

**Le demandeur est-il propriétaire de biens immobiliers ?**

Oui (joindre la photocopie intégrale de la taxe foncière)

Non

NATURE DES BIENS/ADRESSE Exemples : maison, appartement, terres agricoles, bâtiments de fermes, etc.	USAGE ACTUEL Exemples : occupé par le demandeur, occupé à titre gratuit, en location, en fermage, non exploité, usufruit, etc.	MONTANT DES REVENUS Fonciers Montants annuels procurés par les biens

## DEMANDE D'APA À DOMICILE - INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

➤ Bénéficiez-vous d'aide de votre entourage (famille, voisins, amis, bénévoles...) ?  
 Oui                       Non  
 Si oui, de quel type : .....

➤ Bénéficiez-vous actuellement :  
 d'une aide à domicile - Nom du service d'aide : .....  
 d'une auxiliaire de vie - Nom du service d'aide : .....  
 de services de soins infirmiers - Nom du service d'aide : .....  
 de portage de repas - Nom du service d'aide : .....

➤ Avez-vous été récemment hospitalisé(e) ?     Non  
 Oui, date du retour à domicile : .....     Je suis actuellement hospitalisé(e)  
 (joindre un bulletin d'hospitalisation)

➤ Nom de votre médecin traitant : ..... Commune : .....

**En cas de recours à un service prestataire ou mandataire, j'informe la Métropole de Lyon que**  
 (cocher une des 2 cases) :

Je connais le service d'aide qui interviendra à mon domicile.  
 Son nom est : .....

Je ne connais pas encore le service d'aide prestataire qui interviendra à mon domicile mais j'ai bien noté que je devrai prévenir ma Maison du Rhône dès que j'en aurai connaissance, afin que l'APA lui soit versée.

# ENGAGEMENTS MUTUELS

LA METROPOLE DE LYON	LE DEMANDEUR										
<p><b>À DOMICILE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>□ Si vous êtes éligible à l'APA, un membre de l'équipe médico-sociale effectuera une visite à domicile afin d'établir avec vous un plan d'aide adapté à votre situation.</li> <li>□ Les frais liés à votre perte d'autonomie seront pris en charge de la manière suivante :</li> </ul> <div style="text-align: center; margin: 10px 0;"> <table style="margin: auto;"> <tr> <td style="padding: 0 10px;">Montant</td> <td style="padding: 0 10px;">=</td> <td style="padding: 0 10px;">Versement de la Métropole de Lyon</td> <td style="padding: 0 10px;">+</td> <td style="padding: 0 10px;">Participation personnelle du demandeur en fonction de ses ressources</td> </tr> <tr> <td style="padding: 0 10px;">du plan d'aide</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> </div> <ul style="list-style-type: none"> <li>□ Vous pourrez demander une révision de ce plan d'aide afin qu'il suive l'évolution de vos besoins-</li> <li>□ Si vous recourez à un service d'aide à domicile, votre APA sera directement versée au prestataire en fonction des heures effectivement réalisées à votre domicile.</li> </ul> <p><b>EN ÉTABLISSEMENT</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>□ Le montant de l'APA dépendra de votre niveau d'autonomie, de vos ressources et du tarif dépendance de votre établissement d'accueil.</li> <li>□ Votre allocation sera revalorisée une fois par an, en fonction de l'évolution du tarif dépendance de votre établissement d'accueil et de votre perte d'autonomie.</li> </ul>	Montant	=	Versement de la Métropole de Lyon	+	Participation personnelle du demandeur en fonction de ses ressources	du plan d'aide					<p><b>À DOMICILE</b></p> <p>Je m'engage à :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ utiliser les sommes versées comme le prévoit mon plan d'aide.</li> <li>❖ transmettre régulièrement tous les justificatifs.</li> <li>❖ rembourser les sommes allouées par le Département et non dépensées.</li> <li>❖ signaler rapidement tout changement de situation (hospitalisation, entrée en établissement...) à la Maison du Rhône.</li> </ul> <p><b>EN ÉTABLISSEMENT</b></p> <p>Je m'engage à :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ utiliser les sommes versées afin de régler le tarif dépendance de l'établissement.</li> <li>❖ signaler rapidement tout changement de situation (hospitalisation, changement d'établissement, sortie d'établissement...) à la Maison du Rhône.</li> </ul>
Montant	=	Versement de la Métropole de Lyon	+	Participation personnelle du demandeur en fonction de ses ressources							
du plan d'aide											

**Je soussigné(e), M. ou Mme ..... agissant :**  
**en mon nom propre**  
**en ma qualité de tuteur de : .....**

**certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant dans ce dossier et avoir pris connaissance des engagements mutuels ci-dessus.**

Je suis informé(e) que la Métropole de Lyon est autorisée à transmettre à l'ensemble des partenaires médicosociaux (service d'aide à domicile, cabinet infirmier...) toute information concernant mes droits à l'APA (date d'effet du plan d'aide, GIR, nombre d'heures accordées...).

**Si mon niveau de perte d'autonomie ne me permet pas de bénéficier de l'APA, j'autorise la Métropole de Lyon à transmettre mon dossier à ma caisse de retraite.**

**Oui                      Non**

**Fait à .....**  
**le .....**

**SIGNATURE :**

*Les traitements des demandes sont informatisés, ils sont soumis aux dispositions de la Loi « Informatiques 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 différentes questions 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, en justifiant de votre identité à la Maison du Rhône traitant l'instruction de votre dossier.*

# LISTE DES DOCUMENTS À FOURNIR

Le dossier de demande complété et signé.

Pour les personnes de nationalité française :

- Au choix
- Une photocopie intégrale du livret de famille
  - Une photocopie de la carte nationale d'identité
  - Une photocopie du passeport de la Communauté européenne
  - Un extrait d'acte de naissance.

□ Pour les personnes de nationalité européenne :

- Au choix
- Une photocopie de la carte nationale d'identité en cours de validité
  - Une photocopie du passeport de la Communauté européenne en cours de validité

Pour les personnes de nationalité étrangère, hors Communauté européenne :

- Au choix
- Une photocopie de la carte de résidence en cours de validité
  - Une photocopie du titre de séjour en cours de validité

Une photocopie intégrale du dernier avis d'imposition ou de non imposition à l'impôt sur le revenu du demandeur, de son conjoint, de son concubin, ou du partenaire d'un PACS.

Une photocopie intégrale du dernier avis d'imposition relatif à la taxe foncière sur les propriétés bâties et sur les propriétés non bâties.

2 relevés d'identité bancaire (RIB) ou postale (RIP) originaux aux nom et prénom officiels du demandeur.

Une copie du jugement de mise sous protection judiciaire (tutelle, curatelle), le cas échéant.

## **POUR UNE DEMANDE D'APA A DOMICILE**

Le dossier médical ci-joint, composé du certificat médical et de la grille nationale d'évaluation de l'autonomie (grille AGGIR), complété par le médecin traitant.

## **POUR UNE DEMANDE D'ADA EN ÉTABLISSEMENT**

Rappel : vous ne devez déposer une demande que si vous êtes hébergé(e) dans un établissement hors de la Métropole de Lyon. En effet, la majorité des établissements de la Métropole de Lyon perçoit directement l'APA. Vous êtes invité(e) à vous rapprocher de votre Maison du Rhône afin de vérifier que votre établissement entre bien dans ce cadre.

La grille nationale d'évaluation de l'autonomie (grille AGGIR), complétée par l'équipe médicale de l'établissement d'accueil.

Pour les établissements d'accueil se situant hors de la Métropole de Lyon

Une copie de l'arrêté de tarification de l'établissement.

Les établissements d'accueil hors de la Métropole de Lyon peuvent obtenir, par dérogation, le versement de l'APA directement sur leur compte si le demandeur n'est pas titulaire d'un compte bancaire ou s'il a autorisé la perception directe de ses ressources au titre de l'aide sociale.

Dans ce cas, joindre :

- Une attestation sur l'honneur que le demandeur ne dispose de compte bancaire ;
- L'arrêté d'autorisation de perception directe des ressources ;
- Le RIB ou RIP de l'établissement d'accueil.



NOM : .....

Prénom : .....

Commune : .....

**DEMANDE  
D'ALLOCATION  
PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE  
(APA)**

**DOSSIER MÉDICAL**

**DOSSIER À COMPLÉTER PAR VOTRE MÉDECIN  
ET À RETOURNER À VOTRE MAISON DU RHÔNE**



**CERTIFICAT MÉDICAL**  
**ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE**

Cher confrère,

Votre patient a l'intention d'établir une demande d'allocation personnalisée d'autonomie. Je vous serai obligé de bien vouloir remettre ce certificat circonstancié sous pli confidentiel et y joindre tout document complémentaire que vous jugeriez utile. En vous remerciant par avance de votre obligeance, je vous prie d'agréer, cher confrère, l'expression de mes salutations confraternelles.

Le médecin de l'équipe médico-sociale <sup>1</sup>

**Identification du demandeur**

Nom ..... Prénom ..... Date de naissance .... /.... /.....  
Adresse .....  
.....

**Diagnostic principal motivant la demande**

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

**Autres pathologies ayant des répercussions sur la perte d'autonomie**

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

<sup>1</sup> Le médecin de l'équipe médico-sociale est astreint au secret médical (article 226-13 du code pénal).

## Traitements suivis

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

## Le patient peut-il

- Gérer seul son traitement
- Prendre seul ses médicaments

## État général

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

## Déficience des fonctions supérieures

- |  |   |
|--|---|
| Déficience intellectuelle <input type="checkbox"/> | Troubles psychiatrique <input type="checkbox"/> |
| Troubles de mémoire <input type="checkbox"/>       | Troubles de l'humeur <input type="checkbox"/>   |
| Troubles du comportement <input type="checkbox"/>  | Désorientation <input type="checkbox"/>         |
- MMS : score /30

## Déficience neuro-motrice - préciser la localisation et le type de troubles :

- Hémicorps droit  Hémicorps gauche  autre
- Marche avec aide par :
- Tierce personne
  - Aide technique :  
Canne  Déambulateur  Fauteuil roulant

## Déficience de la fonction cardiorespiratoire

- Signes de décompensation  Assistance respiratoire

## Déficience de la vision

- Perte de l'acuité visuelle  œil droit  œil gauche
- Troubles associés  .....

## Déficience de l'audition

- Perte d'audition  oreille droite  oreille gauche
- Troubles associés
- Appareillage

**Déficience du langage et de la parole**

Dysarthrie

Aphasie

**Déficience sphère digestive**

Troubles de la déglutition

Stomie

Incontinence fécale

**Déficience fonction urinaire**

Incontinence urinaire

Dialyse

---

**Aides existantes**

Aide à domicile  .....

Infirmière  .....

Kinésithérapeute  .....

Portage de repas  .....

Téléalarme  .....

Aidants familiaux  .....

Autres  .....

---

**Synthèse de la situation et perspective d'évolution**

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

---

**Date**

**Signature et cachet du médecin**

## ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE (grille nationale AGGIR)

Cette grille est destinée à évaluer la perte d'autonomie de la personne âgée à partir du constat des activités effectuées ou non par la personne ; il ne faut pas tenir compte de l'aide apportée par les aidants et les soignants. En revanche, les aides matérielles et techniques sont considérées comme faisant partie de la personne (lunettes, cannes, fauteuil roulant, prothèses...). Cette grille, remplie par le médecin traitant à domicile, ou en équipe pluridisciplinaire en établissement, servira de support à la détermination de la perte d'autonomie du demandeur.

### **CAPACITES DE REALISATION DE LA PERSONNE SEULE**

**Ne fait pas du tout** = la personne ne réalise jamais seule une activité et il faut faire à la place ou faire faire, ou bien la réalisation partielle est telle qu'il faille tout refaire.

Si la case « Ne fait pas du tout » est cochée : il est inutile de cocher les suivantes.

**Fait, mais pas Spontanément (S)**

**Fait, mais pas Correctement (C)**

**Fait, mais pas Totalemment (T)**

**Fait, mais pas Habituellement (H)**

= La personne fait difficilement mais les conditions ne sont pas remplies pour un ou plusieurs adjectifs. Il s'agit alors d'identifier les 1, 2 ou 3 adjectifs, celui ou ceux qui posent problème et qui rend ou rendent indispensable l'intervention d'un tiers.

**Fait seule** = en complète autonomie.

Nom :	NE FAIT PAS DU TOUT	FAIT, MAIS PAS...				FAIT SEULE
		S	T	C	H	
Prénom :						
<b>1. TRANSFERTS</b> ( <i>se lever, se coucher, s'asseoir</i> )						
<b>2. DEPLACEMENTS A L'INTERIEUR</b>						
<b>3. TOILETTE</b> Haut						
Bas						
<b>4. HYGIENE DE L'ELIMINATION</b> Urinaire						
Fécale						
<b>5. HABILLAGE, DESHABILLAGE</b> Haut						
Moyen						
Bas						
<b>6. CUISINER</b> ( <i>préparer les repas</i> )						
<b>7. ALIMENTATION</b> Se Servir						
Manger						
<b>8. SUIVI DU TRAITEMENT MEDICAL</b>						
<b>9. MENAGE</b> ( <i>effectuer les travaux ménagers courants</i> )						
<b>10. ALERTER</b> ( <i>avec téléphone, alarme, sonnette...</i> )						
<b>11. DEPLACEMENTS A L'EXTERIEUR</b>						
<b>12. TRANSPORTS</b> ( <i>déplacements collectif ou individuel</i> )						
<b>13. ACTIVITES</b> ( <i>pratique volontaire, seule ou en groupe</i> )						
<b>14. ACHATS</b> ( <i>acquisition volontaire de biens</i> )						
<b>15. GESTION</b> ( <i>administrative et financière</i> )						
<b>16. ORIENTATION</b> Se repérer dans le temps						
Se repérer dans l'espace						
<b>17. COHERENCE</b> Communication						
Comportement						

Grille remplie :

A domicile

Au cabinet

En équipe pluridisciplinaire

Date de l'évaluation :

Cachet et signature :