RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté Égalité Fraternité

cerfa

Demande d'aides à l'autonomie à domicile pour les personnes âgées

Ce formulaire est émis par le Ministère chargé des personnes âgées

Comment constituer votre dossier ?

1 – Lire la notice explicative

2 – Remplir le formulaire (pages 5 à 9)

3 – Rassembler les documents justificatifs indiqués en page 4

4 – Envoyer le dossier (formulaire et documents justificatifs) soit à la caisse de retraite principale du domicile du demandeur, soit au département de résidence du demandeur

Pour aller plus loin :

– site internet du département de résidence du demandeur

– lassuranceretraite.fr

– msa.fr

– pour-les-personnes-agees.gouv.fr

Notice, partie à conserver

1. Quelle prestation peut être demandée avec ce formulaire ?

Ce formulaire permet de demander l'une de ces prestations :

- **l'Accompagnement à domicile des personnes âgées,** mis en place par les caisses de retraite : l'Assurance retraite pour les retraités du régime général ou de la Fonction publique d'État et la Mutualité sociale agricole (MSA) pour les retraités du régime agricole ;
- **l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA),** mise en place par les départements.

L'Accompagnement à domicile des personnes âgées s'adresse aux retraités fragilisés qui ont besoin de préserver leur autonomie.

L'APA est destinée aux personnes ayant besoin d'aide dans les activités de la vie quotidienne ou dont l'état nécessite une surveillance régulière.

Dans le formulaire (page 7, partie 4), un court questionnaire concernant le niveau d'autonomie du demandeur vous aidera à déterminer l'organisme compétent auquel adresser la demande.

Après étude de ce dossier par l'organisme compétent, une visite à domicile sera organisée afin d'évaluer plus précisément le niveau d'autonomie et les besoins du demandeur. S'il est éligible à l'une de ces prestations, **un plan d'aide personnalisé** lui sera proposé.

Il existe également une aide à domicile mise en œuvre par le département : « l'aide à domicile au titre de l'aide sociale départementale ». Celle-ci est accordée sous certaines conditions, notamment de ressources. Son montant est récupérable sur la succession au décès du bénéficiaire.
→ Pour plus d'informations, s'adresser au centre communal d'action sociale (CCAS) ou consulter pour-les-personnes-agees.gouv.fr.

09/2023

La notice continue page suivante →

2. À quoi ces prestations correspondent-elles ?

Ces prestations permettent de financer différentes aides nécessaires au demandeur pour faire face aux conséquences de la perte d'autonomie dans ses activités quotidiennes.

Ces aides peuvent prendre différentes formes :

- **aides humaines :** aides pour s'habiller, se lever, manger, entretenir son logement, faire les courses, se déplacer, etc. ;
- **aides techniques :** tapis antidérapant, téléassistance, etc. ;
- **accueil temporaire :** accueil de jour, hébergement temporaire en établissement, etc. ;
- **travaux d'aménagement du logement :** douche, WC, etc.

! Il existe également des dispositifs de soutien destinés aux proches aidants, notamment des aides au répit.
→ Pour plus d'informations, consulter les points d'information locaux dédiés aux personnes âgées (les CLIC, les relais autonomie, etc.) ou les sites pour-les-personnes-agees.gouv.fr et msa.fr.

3. Quelles sont les conditions d'attribution de ces prestations ?

La prestation des caisses de retraite	La prestation départementale
Quelles sont les conditions à remplir ? 1) Être retraité du régime général (Assurance retraite), de la Fonction publique d'État ou du régime agricole (Mutualité sociale agricole). 2) Résider à domicile, être hébergé en famille ou chez un tiers, vivre en résidence autonomie. ! Si le demandeur est hébergé chez un accueillant familial, il ne peut pas bénéficier de cette prestation. 3) Rencontrer des difficultés pour réaliser les gestes de la vie quotidienne (se lever seul, s'habiller seul, faire sa toilette seul, etc.).	**Quelles sont les conditions à remplir ?** 1) Être âgé de 60 ans et plus. 2) Résider à domicile, au domicile d'un proche, en accueil familial ou en résidence autonomie. 3) Résider en France de manière stable et régulière. 4) Avoir besoin d'une aide pour les gestes essentiels de la vie quotidienne (aide pour se lever, s'habiller, manger, etc.) ou d'une surveillance régulière.
Le demandeur doit-il financer une partie du plan d'aide personnalisé ? Oui, une participation financière variable, en fonction des ressources du demandeur et de celles de son conjoint (marié, pacsé, concubin), pourra être demandée.	**Le demandeur doit-il financer une partie du plan d'aide personnalisé ?** Oui, une participation financière variable, en fonction des ressources du demandeur et de celles de son conjoint (marié, pacsé, concubin), pourra être demandée.
Une fois mis en place, le plan d'aide peut-il être modifié ? Oui, si la situation du demandeur change, il est possible de demander à sa caisse de retraite de réviser le plan d'aide.	**Une fois mis en place, le plan d'aide peut-il être modifié ?** Oui, si la situation du demandeur ou de son proche aidant évolue, il est possible de demander au département de réviser le plan d'aide.
Les aides accordées sont-elles récupérables sur la succession au décès du bénéficiaire ? Non	**Les aides accordées sont-elles récupérables sur la succession au décès du bénéficiaire ?** Non

09/2023

La notice continue page suivante →

Les prestations des caisses de retraite et l'APA ne sont pas cumulables entre elles ou avec l'une des prestations suivantes :

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

Si le demandeur est déjà bénéficiaire de l'une de ces prestations, il peut en solliciter une autre. En cas d'acceptation de sa demande, il devra choisir la prestation la plus adaptée à sa situation.

4. Qu'est-ce que la carte mobilité inclusion (CMI) ?

La carte mobilité inclusion permet de faciliter les déplacements des personnes âgées ou en situation de handicap. Il existe 3 mentions : stationnement, priorité et invalidité.

Mention Stationnement	Mention Priorité	Mention Invalidité
Utilisation gratuite et sans limitation de durée de toutes les **places de stationnement** en accès libre. Cette carte peut être utilisée par son bénéficiaire ou la personne l'accompagnant.	**Place assise prioritaire** dans les transports en commun, les salles d'attente ainsi que dans les établissements et les manifestations accueillant du public.	**Place assise prioritaire** dans les transports en commun, les salles d'attente, les établissements et manifestations accueillant du public. **Réductions dans les transports.** **Demi-part supplémentaire** pour le calcul de l'impôt sur le revenu (soumis à conditions).

Comment en faire la demande ?

Si une prestation est demandée à la **caisse de retraite** (régime général, Fonction publique d'État ou régime agricole) : le demandeur doit utiliser le formulaire de demande de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) (cerfa N° 15692*01) et l'adresser à la MDPH de son lieu de résidence.

Si l'APA est demandée **au département** : le demandeur peut solliciter la CMI en remplissant la **page 9, partie 7 de ce formulaire.**

5. Quelles sont les étapes de la demande ?

1 – Constitution et envoi du dossier à la caisse de retraite ou au département :

- pour la **prestation de l'Assurance retraite** (régime général ou Fonction publique d'État), envoyer ce dossier par **voie postale à la caisse régionale du domicile du demandeur**. Pour connaître les coordonnées de la caisse régionale, **le demandeur peut se rendre sur** lassuranceretraite.fr, rubrique Contacts ;
- pour la **prestation de la MSA** (régime agricole), envoyer ce dossier **en ligne** à la MSA depuis l'**espace privé du demandeur sur** msa.fr ou par **voie postale** à la **caisse de la MSA du demandeur**. Le demandeur peut retrouver les coordonnées de la caisse locale sur msa.fr, rubrique Nous contacter ;
- pour l'**APA**, envoyer ce dossier par **voie postale** ou par **voie électronique au département du lieu de résidence du demandeur**. Les coordonnées du département sont disponibles sur le portail pour-les-personnes-agees.gouv.fr, rubrique Annuaire des départements.

2 – Évaluation à domicile de la situation et des besoins du demandeur

3 – Proposition de plan d'aide par l'évaluateur : si celle-ci ne convient pas, une nouvelle proposition peut être demandée

4 – Notification de la décision de la caisse de retraite ou du département par courrier

5 – Mise en œuvre du plan d'aide

09/2023

La notice continue page suivante →

Documents justificatifs à fournir

Pour l'Accompagnement à domicile des personnes âgées par les caisses de retraite :

- la photocopie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition sur le revenu (toutes les pages) du demandeur, et celui de son conjoint (marié, pacsé, concubin).

Uniquement si concerné :

- la photocopie de la décision de justice relative à la mise sous protection ;
- la photocopie de la décision de refus de l'APA en cas de demande d'APA refusée par le département ;
- la photocopie du titre ou brevet de pension et d'un relevé d'identité bancaire (RIB) pour les retraités de la Fonction publique d'État.

Pour l'APA :

- la photocopie d'un justificatif d'identité : carte d'identité (recto/verso), passeport, livret de famille.
  Si le demandeur est ressortissant d'un État hors Union européenne, de l'Espace économique européen et de la confédération suisse : carte de résidence ou titre de séjour en cours de validité ;
- un relevé d'identité bancaire (RIB) au nom du demandeur ;
- la photocopie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition sur le revenu (toutes les pages) du demandeur et celui de son conjoint (marié, pacsé, concubin) ;
- le certificat médical pour demander l'APA avec ou sans demande de CMI sous pli cacheté **(facultatif, à retrouver en annexe de ce formulaire).**

Uniquement si concerné :

- la photocopie de la décision de justice relative à la mise sous protection ;
- la photocopie du(des) dernier(s) avis de taxe foncière pour chaque bien du demandeur et de son conjoint qui n'est pas mis en location.

Pour adresser le dossier à l'organisme compétent : se reporter à la notice (page 3, partie 5).

09/2023

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté Égalité Fraternité

cerfa

Demande d'aides à l'autonomie à domicile pour les personnes âgées

Formulaire
Si vous avez besoin d'aide pour remplir ce document, consultez la notice.

Cadre réservé à l'administration (ne rien remplir dans ce cadre)
N° de dossier : ..... Date de réception du dossier : ␣␣ ␣␣ ␣␣␣␣
Suite donnée à la demande : .....

1. Situation du demandeur

Identité

☐ Madame ☐ Monsieur
Nom de naissance : .....
Nom d'usage (si différent) : .....
Prénom(s) : .....
Date de naissance : ␣␣ ␣␣ ␣␣␣␣
Commune / ville de naissance : .....
Département de naissance : ..... Pays de naissance : .....
Numéro de sécurité sociale (15 chiffres) : ␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣
Caisse de retraite principale :
☐ Assurance retraite ☐ Fonction publique d'État ☐ MSA ☐ Autre : .....

Coordonnées

Numéro de téléphone : ␣␣ ␣␣ ␣␣ ␣␣ ␣␣
Adresse e-mail : .....
Domicile au moment de la demande (cocher) :
☐ Domicile du demandeur
☐ Domicile d'un membre de la famille du demandeur
☐ Domicile d'un accueillant familial (particulier agréé par le département)
☐ Résidence autonomie
☐ Autre : .....

ⓘ Il n'est pas possible de demander une prestation à la caisse de retraite si le demandeur réside chez un accueillant familial.

Adresse (numéro et voie) : .....
Code postal : ␣␣␣␣␣ Commune / ville : .....
Bâtiment : ..... Étage : ..... Digicode : .....

Ancien lieu de résidence du demandeur

ⓘ Cette partie est à renseigner par les personnes résidant depuis moins de 3 mois à leur adresse actuelle et par les personnes résidant en accueil familial ou en résidence autonomie.
Les informations communiquées permettront de déterminer le département financeur lorsque le demandeur sollicite l'APA.

Ancienne adresse du demandeur (numéro et voie) : .....
Code postal : ␣␣␣␣␣ Commune / ville : .....
Date d'arrivée à l'adresse actuelle : ␣␣ ␣␣ ␣␣␣␣

Le formulaire continue page suivante →

Situation familiale

☐ Célibataire ☐ Marié ☐ Pacsé ☐ En concubinage ☐ Divorcé ou séparé ☐ Veuf

Si le demandeur est en couple (marié, pacsé, en concubinage), les ressources de son conjoint sont prises en compte dans le calcul de la prestation. **Il convient de renseigner les informations ci-dessous.**
Si les 2 membres du couple souhaitent faire une demande, merci de transmettre un dossier par demandeur.

Les informations du conjoint (marié, pacsé, concubin)

☐ Madame ☐ Monsieur

Nom de naissance : .....

Nom d'usage (si différent) : .....

Prénom(s) : .....

Date de naissance : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Commune / ville de naissance : .....

Département de naissance : ..... Pays de naissance : .....

Numéro de sécurité sociale (15 chiffres) : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Domicile :

☐ Domicile identique à celui du demandeur

☐ Domicile d'un accueillant familial (particulier agréé par le département)

☐ Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad – depuis le : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐)

☐ Autre : .....

2. Mesure de protection du demandeur

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

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

Si la réponse est « Oui », préciser la mesure de protection :

☐ Sauvegarde de justice

☐ Curatelle simple

☐ Curatelle renforcée

☐ Tutelle

☐ Habilitation familiale

☐ Mandat de protection future « activé »

Dans tous les cas, merci de joindre au dossier du demandeur la photocopie de la décision de justice relative à sa mise sous protection.

Les informations de l'organisme de protection juridique ou du mandataire

Nom de l'organisme : .....

☐ Madame ☐ Monsieur

Nom : .....

Prénom(s) : .....

Adresse (numéro et rue) : .....

Code postal : ☐☐☐☐☐ Commune / ville : .....

Numéro de téléphone : ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐

Adresse e-mail : .....

09/2023

Le formulaire continue page suivante →

3. Personne proche à contacter

Cette rubrique permet d'identifier la personne qui aide le demandeur dans ses démarches administratives, ou l'accompagne plus globalement dans ses activités de la vie quotidienne.

Ces informations permettront de la contacter pour toute question administrative liée à cette demande. Avant d'indiquer les coordonnées de la personne proche à contacter, merci de lui demander son accord.

Les informations de la personne proche à contacter

☐ Madame ☐ Monsieur

Nom : .....

Prénom(s) : .....

Adresse (numéro et rue) : .....

Code postal : ⌴⌴⌴⌴⌴ Commune / ville : .....

Numéro de téléphone : ⌴⌴ ⌴⌴ ⌴⌴ ⌴⌴ ⌴⌴

Adresse e-mail : .....

Le lien avec le demandeur

☐ Conjoint ☐ Enfant ☐ Ami ☐ Voisin ☐ Autre : .....

4. Identification de l'organisme compétent

Les réponses aux 4 questions suivantes permettront d'identifier l'organisme compétent pour traiter cette demande.

- Le demandeur peut-il se lever seul (même avec difficulté) ? ☐ Oui ☐ Non
- Le demandeur peut-il s'habiller seul (même avec difficulté) ? ☐ Oui ☐ Non
- Le demandeur peut-il faire sa toilette seul (même avec difficulté) ? ☐ Oui ☐ Non
- Le demandeur peut-il manger seul (même avec difficulté) ? ☐ Oui ☐ Non

Si la réponse est « Non » deux fois ou plus

Le dossier est à envoyer au département du demandeur pour demander l'APA. Merci de se référer à la notice, en page 3, pour connaître les coordonnées du département où envoyer le dossier.

Dans les autres cas

Le dossier est à envoyer à la caisse de retraite principale du domicile du demandeur pour demander l'Accompagnement à domicile des personnes âgées. Merci de se référer à la notice, en page 3, pour connaître les coordonnées de la caisse de retraite où envoyer le dossier.

! Après l'étude du dossier, un professionnel se rendra au domicile du demandeur pour évaluer son niveau d'autonomie et ses besoins. Il lui proposera, le cas échéant, un plan d'aide personnalisé.

5. Autres prestations de soutien à l'autonomie

! Les prestations des caisses de retraite et l'APA ne sont pas cumulables entre elles ou avec les prestations citées ci-dessous.

Si le demandeur est déjà bénéficiaire de l'une de ces prestations, il peut en solliciter une autre. En cas d'acceptation de sa demande, il devra choisir la prestation la plus adaptée à sa situation.

Le demandeur perçoit-il une ou plusieurs des prestations suivantes ?

- L'Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) ☐ Oui ☐ Non
- L'Aide à domicile au titre de l'aide sociale départementale ☐ Oui ☐ Non
- La Majoration pour aide constante d'une tierce personne (MTP) ☐ Oui ☐ Non
- La Prestation de compensation du handicap (PCH) ☐ Oui ☐ Non
- La Prestation complémentaire pour recours à tierce personne (PCRTP) ☐ Oui ☐ Non

Le formulaire continue page suivante →

6. Ressources et patrimoine du demandeur et de son conjoint (marié, pacsé, concubin)

En fonction de la situation du demandeur, une participation financière pourra être laissée à sa charge. Son montant sera fixé en fonction des ressources du demandeur et celles de son conjoint (marié, pacsé, concubin) et, pour l'APA, de certains éléments de patrimoine.

Revenu déclaré

Joindre au dossier une copie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition sur le revenu du demandeur (toutes les pages) et de son conjoint (marié, pacsé, concubin).

Biens immobiliers et mobiliers

Remplir cette partie uniquement si le demandeur sollicite l'APA auprès du département.

Résidence principale du demandeur

Adresse (numéro et rue) : .....

Code postal : ⌴ ⌴ ⌴ ⌴ ⌴ Commune / ville : .....

Le demandeur est (cochez la case) :

☐ Propriétaire de sa résidence principale

☐ Locataire de sa résidence principale

Si propriétaire, la résidence est (cochez la case) :

☐ Occupée par le demandeur et/ou son conjoint, et/ou ses enfants, petits-enfants

☐ Louée à un tiers

☐ Non louée (vide ou occupée à titre gracieux par un tiers autre que le conjoint et les enfants et petits-enfants du demandeur). Dans ce cas, joindre au dossier une photocopie du dernier avis de taxe foncière de la résidence principale du demandeur.

Autres biens immobiliers (maison, appartement, terrain, etc.) du demandeur et de son conjoint

Si nécessaire, joindre une liste complémentaire sur papier libre au dossier.

Adresse 1 (numéro et rue) : .....

Code postal : ⌴ ⌴ ⌴ ⌴ ⌴ Commune / ville : .....

Adresse 2 (numéro et rue) : .....

Code postal : ⌴ ⌴ ⌴ ⌴ ⌴ Commune / ville : .....

Adresse 3 (numéro et rue) : .....

Code postal : ⌴ ⌴ ⌴ ⌴ ⌴ Commune / ville : .....

Pour chaque bien qui n'est pas mis en location, joindre une photocopie du dernier avis de taxe foncière au dossier.

Biens mobiliers et capitaux non placés de valeur du demandeur et de son conjoint

Si le demandeur et/ou son conjoint (marié, pacsé, concubin) possèdent des biens mobiliers et des capitaux non placés de valeur, les déclarer dans le tableau suivant en précisant leur montant ou leur valeur estimée.

Nature du bien (ex. : œuvres d'art, voiture de luxe, etc.)	Montant / valeur estimée (en €)

Si le tableau ne suffit pas, il est possible de joindre au dossier une liste complémentaire sur papier libre.

09/2023

Le formulaire continue page suivante →

7. Carte mobilité inclusion (CMI)

Pour plus d'informations sur la carte mobilité inclusion (CMI), merci de se référer à la page 3 de la notice.

Remplir cette partie uniquement si le demandeur sollicite l'APA auprès du département

- 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

! Le demandeur sollicite une aide auprès de sa caisse de retraite ?
Si oui, le demandeur doit faire la demande de CMI auprès de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) de son lieu de résidence et compléter le formulaire Cerfa n° 15692*01.

8. Signature du demandeur et/ou de son représentant légal

Je soussigné(e) : ☐ Madame ☐ Monsieur

Nom : .....

Prénom(s) : .....

Agissant : ☐ En mon nom

☐ En qualité de représentant légal de : .....

- certifie exacts et complets les renseignements fournis dans le cadre de cette demande ;
- m'engage à déclarer toute évolution de situation.

Fait à : .....

Le : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Signature :

Dans le cadre de la loi pour un État au service d'une société de confiance, vous bénéficiez du droit à l'erreur.

Si vous vous êtes trompé, signalez-le à votre caisse de retraite ou à votre département : il corrigera les données concernées. Si vous êtes de bonne foi et que c'est votre première erreur, vous ne serez pas sanctionné[1]. Si cette rectification change le montant des prestations que vous recevez, vous devrez simplement rembourser les éventuelles sommes perçues en trop.

En revanche, si vous commettez une fraude ou de fausses déclarations pour obtenir des avantages auxquels vous n'auriez pas droit, **vous risquez une amende et/ou une peine d'emprisonnement, comme prévu par la loi[2].**

1. Connectez-vous sur le site plus.transformation.gouv.fr pour en savoir plus sur le droit à l'erreur.
2. En application des articles 313-1 à 313-3, 433-19, et 441-1 à 441-9 du code pénal. L'intégralité de ces textes de loi sont disponibles sur le site legifrance.gouv.fr.

09/2023

Mentions d'information relatives aux données à caractère personnel du demandeur et de son conjoint

Les caisses de retraite et les départements mettent en œuvre un formulaire de demande d'Accompagnement à domicile des personnes âgées et d'Allocation personnalisée d'autonomie (APA).

Les caisses de retraite : l'Assurance retraite et la Mutualité sociale agricole (MSA)	Le département
Instruction des demandes d'Accompagnement à domicile des personnes âgées	Instruction des demandes d'Allocation personnalisée d'autonomie

Le traitement des informations recueillies par ce formulaire est nécessaire à l'exécution d'une mission d'intérêt public ou relevant de l'exercice de l'autorité publique dont est investi le responsable du traitement (article 6-1 e du Règlement général sur la protection des données – RGPD).

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique, destiné à instruire la demande et à contrôler les droits associés. Les données enregistrées sont celles du formulaire ainsi que celles librement fournies par le demandeur. Les données ne font pas l'objet d'une prise de décision automatisée. L'ensemble des informations demandées est nécessaire à la bonne instruction de la demande. Tout défaut de réponse pourrait entraîner un allongement de la durée de traitement ou un rejet du dossier.

Les personnes accédant à ces données sont les agents dument habilités au sein des caisses régionales de l'Assurance retraite, des caisses de la MSA 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) notamment ceux visés à l'article R. 232-44 du Code de l'action sociale et des familles (CASF) pour l'APA.

L'organisme gestionnaire de la prestation demandée peut également être amené à échanger des informations relatives à la situation du demandeur 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.

Conformément aux articles L. 1110-4 et L. 1110-12 du code de la santé publique, vous êtes informé que des données de santé vous concernant, strictement nécessaires à votre prise en charge, peuvent, avec votre consentement dans les situations qui le requièrent, être partagées ou échangées entre professionnels de l'équipe médico-sociale du département et entre professionnels du département et professionnels d'organismes conventionnés avec les départements habilités à accéder à ces données.

Les données sont conservées pour une durée maximale de 6 ans, à compter de la cessation des droits du demandeur.

Conformément aux articles 15 à 23 du RGPD, le demandeur dispose d'un droit d'accès et de rectification des informations le concernant. Il dispose aussi du droit de limiter le traitement de ses données dans les conditions prévues par le RGPD.

Pour des motifs légitimes, il est possible de s'opposer au traitement des données dans le cadre de l'instruction de la demande d'Accompagnement à domicile des personnes âgées assurée par les caisses de retraite.

Une copie des données à caractère personnel peut être délivrée à la demande de la personne. Toutefois, l'organisme en charge du dossier a la possibilité de s'opposer aux demandes manifestement abusives, notamment par leur nombre, leur caractère répétitif ou systématique.

Pour exercer l'ensemble de ces droits, il convient de s'adresser au Délégué à la protection des données (DPO) de l'organisme en charge du dossier.

Dossier envoyé à l'Assurance retraite	Dossier envoyé à la MSA	Dossier envoyé au département
DPO de la caisse de retraite de rattachement (voir le site lassuranceretraite.fr, rubrique Informatique et libertés)	DPO de la caisse de rattachement	DPO du département de rattachement

Si vous estimez, après contact avec le DPO, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la Commission nationale informatique et libertés (Cnil) : 3 place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 Paris cedex 07, téléphone : 01 53 73 22 22, site internet : cnil.fr

09/2023

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté Égalité Fraternité

cerfa

Certificat médical pour demander l'APA à domicile avec ou sans demande de CMI

Annexe
Ce certificat médical peut être joint sous pli cacheté au dossier de demande lorsque le demandeur sollicite l'APA auprès du département.

Les informations communiquées avec l'accord de votre patient serviront à établir le plan d'aide APA le plus adapté à sa situation et à déterminer son 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 la situation.

Celui-ci est adressé à l'équipe médico-sociale (EMS) en charge de l'APA du département. Il peut donner lieu à un échange et un partage d'informations au sein de l'EMS APA qui constitue une équipe de soins.

1. Coordonnées du patient

Nom de naissance : .....

Nom d'usage (si différent) : .....

Prénom(s) : .....

Date de naissance : ␣␣ ␣␣ ␣␣␣␣

Adresse (numéro et rue) : .....

Code postal : ␣␣␣␣␣ Commune / ville : .....

2. Pathologies et signes cliniques contribuant à l'atteinte de l'autonomie

Indiquez les pathologies contribuant à l'atteinte de l'autonomie et précisez les signes cliniques ayant un retentissement significatif sur la vie quotidienne du patient (apragmatisme, dénutrition, troubles de l'équilibre, troubles cognitifs, troubles de la communication, etc.) :

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

09/2023

L'annexe continue page suivante →

3. Prises en charges thérapeutiques

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. Perspective d'évolution de l'atteinte de l'autonomie

Cochez la case qui correspond le mieux à la situation du patient

☐ Amélioration (précisez la durée prévisible des limitations fonctionnelles : ☐ < 1 an ☐ > 1 an)

☐ Stabilité ☐ Aggravation ☐ Évolutivité majeure ☐ Non définie

5. Mobilité – Déplacements

Précisez le périmètre de marche : ☐ < 200 m ☐ > 200 m

Le patient a-t-il :

- une station debout pénible ? ☐ Oui ☐ Non
- une prothèse externe des membres inférieurs ? ☐ Oui ☐ Non
- une oxygénothérapie pour tous ses déplacements ? ☐ Oui ☐ Non

Pour ses déplacements, le patient a-t-il besoin systématiquement :

- d'une aide humaine (quelles que soient les difficultés rencontrées) ? ☐ Oui ☐ Non
- d'une canne ? ☐ Oui ☐ Non
- d'un déambulateur ? ☐ Oui ☐ Non
- d'un fauteuil roulant ? ☐ Oui ☐ Non
- d'une autre aide technique ? ☐ Oui ☐ Non (précisez) : .....

6. 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)	☐	☐	☐	☐
Se déplacer à l'intérieur du domicile	☐	☐	☐	☐
Se déplacer à l'extérieur du domicile	☐	☐	☐	☐
Avoir la préhension manuelle	☐	☐	☐	☐
Avoir des activités de motricité fine	☐	☐	☐	☐

Précisions :

.....

.....

.....

09/2023

L'annexe continue page suivante →

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	☐	☐	☐	☐
S'habiller, se déshabiller	☐	☐	☐	☐
Manger et boire des aliments préparés	☐	☐	☐	☐
Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire	☐	☐	☐	☐
Assurer l'hygiène de l'élimination fécale	☐	☐	☐	☐

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	☐	☐	☐	☐
S'orienter dans l'espace	☐	☐	☐	☐
Gérer sa sécurité personnelle	☐	☐	☐	☐
Maîtriser son comportement	☐	☐	☐	☐

Précisions :

Cohérence des réponses aux questions ? ☐ Oui ☐ Non

Si connu, indiquez le score *Mini mental state* (MMS) : ---

Précisions :

---

7. 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 numéro au Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) :	Signature du médecin :

09/2023

A qui envoyer mon dossier de demande d'aides à l'autonomie à domicile pour les personnes âgées ?

➤ **1er CAS : j'ai coché « Non » 2 fois ou plus aux questions de la partie 4 du formulaire, j'envoie mon dossier au Conseil départemental :**

Conseil départemental des Côtes d'Armor
Direction personnes âgées et personnes handicapées
Service « Allocation Personnalisée d'Autonomie »
9 place du Général de Gaulle
CS 42371
22023 SAINT BRIEUC CEDEX 1
02 96 62 62 22 – contact.apa@cotesdarmor.fr

➤ **2ème CAS : j'ai coché « Oui » à toutes les questions de la partie 4 du formulaire ou j'ai coché «Non » une seule fois.**

- Si mon régime de retraite majoritaire (en nombre de trimestres) est le régime général ou le régime de la Fonction publique d'Etat ou la MSA, j'envoie mon dossier à ma caisse de retraite compétente :

Carsat Bretagne (assurance retraite) (Régime général et Fonction publique d'Etat) Département Action Sociale Retraite 236 rue de Châteaugiron 35030 RENNES CEDEX 9	*OU*	MSA d'Armorique Service d'Action Sanitaire et Sociale 12 rue de Paimpont 22025 SAINT BRIEUC CEDEX 1

- Si mon régime de retraite majoritaire (en nombre de trimestres) n'est pas le régime général ou le régime de la Fonction publique d'Etat ou la MSA, je m'adresse à ma caisse de retraite compétente pour obtenir le formulaire.

Dossier mal orienté
et/ou justificatifs illisibles
=
délai d'instruction augmenté !