



LE DÉPARTEMENT

NOM : .....

Prénom : .....

Commune : .....

**DEMANDE  
D'ALLOCATION DÉPARTEMENTALE  
PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE  
(ADPA)**

DOSSIER ADMINISTRATIF

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

**VOTRE MAISON DU RHÔNE**

# RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DEMANDEUR

ÉTAT CIVIL	DEMANDEUR	CONJOINT OU CONCUBIN OU PARTENAIRE D'UN PACS
NOM de naissance		
NOM d'épouse / époux		
Prénom(s)		
Date et lieu de naissance		
N° de sécurité sociale		
Caisse de retraite		
Nationalité		
Date de fin de validité de la carte de séjour		
Situation professionnelle :	<input type="checkbox"/> en activité <input type="checkbox"/> retraité. Régime de retraite: .....	<input type="checkbox"/> en activité <input type="checkbox"/> retraité. Régime de retraite: .....

Situation familiale :	<input type="checkbox"/> célibataire	<input type="checkbox"/> marié(e)	<input type="checkbox"/> divorcé(e)
		<input type="checkbox"/> concubin(e) / PACS	<input type="checkbox"/> séparé(e)
depuis le : .....	<input type="checkbox"/> veu(ve)	<input type="checkbox"/> autre :	

Lieu de résidence actuelle du conjoint si différente de celle du demandeur : .....

**Adresse actuelle du demandeur :**

Résidence : .....

N° et nom de la voie .....

Bâtiment ..... 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, depuis le : .....
- Attention, vous ne devez déposer une demande que si vous êtes hébergé(e) dans un établissement hors Rhône car la majorité des établissements du Rhône perçoit directement l'ADPA. 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), depuis le : .....
  - d'un accueil par un particulier à domicile à titre onéreux (accueillant familial), depuis le : .....

**Adresse précédente** (à remplir si le demandeur est en établissement, ou s'il réside depuis moins de trois mois dans le Département du Rhône ou dans un autre Département)

Adresse : .....  
.....  
Code postal ..... Commune .....

**Date de changement de Département :** .....

(Si le département à qui incombe la prise en charge de l'ADPA en établissement -le département du domicile de secours- n'est pas le département où le demandeur réside, joindre au dossier de demande l'arrêté de tarification de l'établissement. Il appartient au directeur de l'établissement de fournir ce document au demandeur pour compléter son dossier de demande).

**Coordonnées de la personne référente à contacter pour la visite d'évaluation à domicile ou en cas d'urgence:**

Nom, Prénom : .....  
Lien avec le demandeur (enfant, parent, autre...): .....  
Adresse : .....  
Numéro de téléphone : .....

**Mesure de protection juridique éventuelle :**

Mentionner le cas échéant l'existence d'une mesure de protection juridique :

sauvegarde de justice       curatelle     curatelle renforcée       tutelle

Nom et adresse du tuteur ou de l'association chargée de la mesure : .....  
.....

Le demandeur autorise la de transmission par le conseil départemental du dossier aux caisses de retraite (en cas de rejet d'allocation personnalisée d'autonomie)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
---	------------------------------	------------------------------

**Demande simplifiée d'une carte d'invalidité et d'une carte de stationnement**

Souhaitez-vous bénéficier de la carte d'invalidité prévue à l'article L. 241-3 :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Souhaitez-vous bénéficier de la carte de stationnement prévue à l'article L. 241-3-2 :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

# RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES REVENUS ET LE PATRIMOINE DU DEMANDEUR

**Ressources ne figurant pas dans l'avis d'imposition ou de non-imposition à l'impôt sur le revenu : revenus soumis au prélèvement libératoire en application des articles 125-0 A et 125 D du code général des impôts.**

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

	MONTANTS PERÇUS	
	PAR LE DEMANDEUR	PAR LE CONJOINT/CONCUBIN/ PARTENAIRE D'UN PACS
Ressources ne figurant pas dans l'avis d'imposition ou de non-imposition à l'impôt sur le revenu : revenus soumis au prélèvement libératoire (articles 125-0 A et 125 D du code général des impôts)		
Pensions versées par les enfants pour la prise en charge de la perte d'autonomie		
<b>TOTAL</b>		

**Allocations :**

Percevez-vous actuellement :

La majoration pour aide constante d'une tierce personne (MTP) :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
La prestation complémentaire pour recours à tierce personne (PCRTP) :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
L'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
La prestation de compensation du handicap (PCH) :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
L'aide ménagère versée par les caisses de retraite :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
L'aide ménagère au titre de l'aide sociale départementale :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
L'aide ménagère par votre caisse de retraite :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Attention : Aucune de ces prestations n'est cumulable avec l'allocation personnalisée d'autonomie.

# PATRIMOINE DU FOYER

**Patrimoine dormant (à renseigner pour le demandeur, et le cas échéant, son conjoint, son concubin ou la personne avec laquelle il a conclu un pacte civil de solidarité) :**

*Biens immobiliers bâtis et non bâtis*

NATURE DES BIENS <sup>1</sup> <i>(maison, appartement, terres agricoles, bâtiments de fermes, etc...)</i>	ADRESSE	USAGE ACTUEL <i>(en location, en fermage, non exploité, usufruit, etc...)</i>	MONTANT DES REVENUS <i>Fonciers Montants annuels procurés par les biens</i>	PROPRIETAIRE
				<input type="checkbox"/> demandeur <input type="checkbox"/> conjoint/concubin/ partenaire de PACS
				<input type="checkbox"/> demandeur <input type="checkbox"/> conjoint/concubin/ partenaire de PACS
				<input type="checkbox"/> demandeur <input type="checkbox"/> conjoint/concubin/ partenaire de PACS
				<input type="checkbox"/> demandeur <input type="checkbox"/> conjoint/concubin/ partenaire de PACS

Joindre la photocopie intégrale de la taxe foncière

*Biens mobiliers et capitaux non placés<sup>2</sup> (dont assurance-vie)*

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Déclaration sur l'honneur : .....

<sup>1</sup> Ne pas déclarer la résidence principale si celle-ci est occupée par le demandeur, son conjoint, son concubin ou la personne avec qui il a conclu un pacte civil de solidarité, ses enfants ou petits-enfants.

<sup>2</sup> Ne pas déclarer les capitaux placés, y compris ceux exonérés d'impôts (livret A, livret de développement durable, plan d'épargne logement, plan d'épargne en actions...), qui ne constituent pas du patrimoine dormant. En revanche la valeur des contrats d'assurance-vie, qui relèvent du patrimoine dormant, doit être déclarée.

# DEMANDE D'ADPA À DOMICILE - INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

## Renseignements concernant les proches aidants du demandeur (facultatif)

Ce volet du dossier de demande vise à apporter des premières informations sur les personnes de votre famille ou 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.

Bénéficiez-vous d'aide de votre entourage (famille, voisins, amis, bénévoles...) ?

Oui

Non

Si oui :

Nom et prénom de votre ou de vos aidants : .....

Âge de votre ou de vos aidants : .....

Lieu de résidence de votre ou de vos aidants : .....

Nature de votre lien avec votre ou vos aidants : .....

Nature de l'aide apportée (exemple : accompagnement dans les déplacements à l'extérieur de votre domicile, courses...) :

Durée et périodicité approximatives de cette aide pour une journée, une semaine ou un mois (selon ce qui vous paraît le plus pertinent) : .....

## Autres informations complémentaires :

Bénéficiez-vous actuellement :

<input type="checkbox"/> d'une aide à domicile	Nom du service d'aide : .....
<input type="checkbox"/> d'une auxiliaire de vie	Nom du service d'aide : .....
<input type="checkbox"/> de services de soins infirmiers	Nom du service d'aide : .....
<input type="checkbox"/> de portage de repas	Nom du service d'aide : .....

Avez-vous été récemment hospitalisé(e) ?

Non

Oui, je suis actuellement hospitalisé(e)

Oui, date du retour à domicile : ..... (joindre un bulletin d'hospitalisation)

Nom de votre médecin traitant : .....

Commune : .....

**En cas de recours à un service prestataire ou mandataire, j'informe le Département du Rhône 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'ADPA lui soit versée.

# ENGAGEMENTS MUTUELS

LE DÉPARTEMENT DU RHÔNE	LE DEMANDEUR								
<p><b>À DOMICILE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si vous êtes éligible à l'ADPA, 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="text-align: right;"><b>Montant</b></td> <td style="text-align: center;">=</td> <td style="text-align: center;">+</td> <td style="text-align: left;"><b>Versement du Département</b></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;"><b>du plan d'aide</b></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: left;"><b>Participation personnelle du demandeur en fonction de ses ressources</b></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 ADPA 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'ADPA 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>	<b>Montant</b>	=	+	<b>Versement du Département</b>	<b>du plan d'aide</b>			<b>Participation personnelle du demandeur en fonction de ses ressources</b>	<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>
<b>Montant</b>	=	+	<b>Versement du Département</b>						
<b>du plan d'aide</b>			<b>Participation personnelle du demandeur en fonction de ses ressources</b>						

**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 le Département du Rhône est autorisé à transmettre à l'ensemble des partenaires médicosociaux (service d'aide à domicile, cabinet infirmier...) toute information concernant mes droits à l'ADPA (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'ADPA, j'autorise le Département à transmettre mon dossier à ma caisse de retraite.**

Oui       Non

Fait à ..... **SIGNATURE :**  
le .....

*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 :
  - Une photocopie intégrale du livret de famille **ou**
  - Une photocopie de la carte nationale d'identité **ou**
  - Une photocopie du passeport de la Communauté européenne **ou**
  - Un extrait d'acte de naissance.
- Pour les personnes de nationalité européenne :
  - Une photocopie de la carte nationale d'identité en cours de validité **ou**
  - Une photocopie du passeport de la Communauté européenne en cours de validité
- Pour les personnes de nationalité étrangère, hors Communauté européenne :
  - Une photocopie de la carte de résidence en cours de validité **ou**
  - 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.  
*Pour une demande déposée entre janvier et août de l'année n : fournir l'avis d'imposition ou de non-imposition de l'année n-2 ; de septembre à décembre, celui de l'année n-1.*
- Une photocopie intégrale du dernier avis d'imposition relatif à la taxe foncière sur les propriétés bâties et sur les propriétés non bâties.
- 1 relevé d'identité bancaire (RIB) ou postale (RIP) original aux nom et prénom officiels du demandeur.
- Une copie du jugement de mise sous protection judiciaire (tutelle, curatelle), le cas échéant.
- 2 photos d'identité aux normes en cas de demande de carte d'invalidité et carte de stationnement

## **Pour une demande d'ADPA à 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'ADPA en établissement**

Rappel : vous ne devez déposer une demande que si vous êtes hébergé(e) dans un établissement hors Rhône. En effet, la majorité des établissements du Rhône perçoit directement l'ADPA. 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 du département du Rhône : une copie de l'arrêté de tarification de l'établissement.

Les établissements d'accueil hors Rhône peuvent obtenir, par dérogation, le versement de l'ADPA 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.



LE DÉPARTEMENT

NOM : .....

Prénom : .....

Commune : .....

**DEMANDE  
D'ALLOCATION DÉPARTEMENTALE  
PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE  
(ADPA)**

DOSSIER MÉDICAL

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



LE DÉPARTEMENT

**CERTIFICAT MÉDICAL**

**ALLOCATION DEPARTEMENTALE 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>3</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>3</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 : .....  
.....  
.....  
.....

**Déficiences des fonctions supérieures**

Déficiences intellectuelles   
Troubles psychiatriques  Si OUI, précisez de quel ordre : .....  
.....

Suivi psychiatrique (lieu et fréquence) : .....  
.....  
.....

Troubles de mémoire  MMS : ..... /30  
Troubles du comportement  Si OUI, précisez de quel ordre : .....  
.....  
.....

**Déficiences neuro-motrices - préciser la localisation et le type de troubles :**

Hémicorps droit  Hémicorps gauche  autre   
Périmètre de marche (en mètres) : .....  
Marche avec aide par :  
- Tierce personne   
- Aide technique : Canne  Déambulateur  Fauteuil roulant   
Prothèse de membre inférieur : .....

**Déficiences de la fonction cardiorespiratoire**

Signes de décompensation  Assistance respiratoire

**Déficiences 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 adverbess. Il s'agit alors d'identifier les 1, 2 ou 3 adverbess, 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> )						

Nom :	NE FAIT PAS DU TOUT	FAIT, MAIS PAS...				FAIT SEULE
		S	T	C	H	
Prénom :						
<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 :