Feuillet à destination de l'Assistante Sociale du Conseil Départemental

Chère Madame, Cher Monsieur,

Dans le cadre de la demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) qui vous est adressée, je vous informe que l'usager a la possibilité de faire appel à Click&Care, 1er réseau national de professionnels soignants et médico-sociaux, pour recruter en emploi direct son intervenant.

Vous avez la possibilité de comparer précisément sur le site **www.calculapa.fr** le reste à charge du bénéficiaire en fonction :

- De son taux de participation,
- Des devis des structures d'aide à domicile reçus,
- Des modes d'intermédiation courants : prestataire, mandataire et emploi direct à travers la plateforme de recrutement nationale Click&Care.

Fondé par une équipe médicale, Click&Care accompagne la maitrise des dépenses pour les payeurs en réduisant les dépenses des Collectivités et le reste à charge des Familles, tout en rémunérant davantage les auxiliaires de vie au bénéfice d'une meilleure prise en charge.

Click&Care est une filiale de la Caisse des Dépôts et des Consignations et de la MAIF.

Le plan d'aide se calcule sur le mode gré à gré dit emploi direct.

Je suis à votre entière disposition pour toute question que vous pourriez avoir.
Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes sincères salutations.

Docteur Lina Bougrini
Fondatrice de Click&Care



isère
LE DÉPARTEMENT
www.isere.fr

*Faites votre **demande en ligne** et suivez vos prestations sur le site **www.isere.fr***

Dossier Individuel de demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie

Veuillez cocher :

☐ APA à Domicile
☐ APA en Etablissement

Demandeur : ☐ Madame ☐ Monsieur (attention : 1 seul demandeur par formulaire)

Nom : ..... Prénom(s) .....

Nom de naissance *(si différent)* : ..... Date de naissance : |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Lieu de naissance : ..... Nationalité : .....

Situation familiale : ☐ marié(e) ☐ concubin(e) ☐ pacsé(e) ☐ veuf ou veuve ☐ célibataire ☐ divorcé(e)

N° sécurité sociale : |__| |__|__| |__|__| |__|__| |__|__|__| |__|__|__| clé |__|__|

Adresse mail : ..... Téléphone : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Adresse actuelle du demandeur

Type ☐ Domicile ☐ Accueil familial agréé ☐ Foyer logement ou petite unité de vie
☐ Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD, MAPAD...)

Adresse : .....

Code postal : |__|__|__|__|__| Ville : .....

Date d'arrivée à cette adresse : |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Adresse précédente : .....

Code postal : |__|__|__|__|__| Ville : .....

Type ☐ Domicile ☐ Accueil familial agréé ☐ Foyer logement ou petite unité de vie
☐ Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD, MAPAD...)

Conjoint, concubin, pacsé : ☐ Madame ☐ Monsieur

Nom : ..... Prénom(s) .....

Nom de naissance *(si différent)* : ..... Date de naissance : |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Lieu de naissance : ..... Nationalité : .....

N° sécurité sociale : |__| |__|__| |__|__| |__|__| |__|__|__| |__|__|__| clé |__|__|

Adresse mail : ..... Téléphone : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Votre conjoint, concubin ou pacsé perçoit-il une aide destinée aux personnes âgées ou handicapées ?

☐ Non ☐ Oui, si oui versée par quel département ?.....

Résidence actuelle du conjoint, concubin, pacsé

Type ☐ Domicile ☐ Accueil familial agréé ☐ Foyer Logement ou petite unité de vie
☐ Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

Adresse : .....

Code postal : |__|__|__|__|__| Ville : .....

Le demandeur est-il sous-tutelle ou curatelle ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez le nom du responsable légal : .....

Adresse : .....

Adresse mail : …….. Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Autre personne à contacter *(à noter : en cas de tutelle, seul le tuteur recevra les courriers)*

Nom : ..... Prénom(s) : .....

Nom de naissance *(si différent)* : ..... Date de naissance : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Adresse postale : ……

Adresse mail : ..... Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Lien avec le demandeur : ..... Portable : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Souhaitez-vous que les courriers soient adressés à cette personne ? ☐ Non ☐ Oui

Autres aides déjà perçues. Si vous bénéficiez déjà d'une aide, précisez :

Aides	Organisme financeur
Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP)	
Prestation de Compensation du Handicap (PCH)	
Majoration pour tierce personne (MTP ou PCRTP)	
Prise en charge d'une aide-ménagère à domicile	

Revenus et patrimoine

- Vous êtes propriétaire d'un ou plusieurs biens immobiliers bâtis..... ☐ Oui ☐ Non
  Si oui, votre résidence principale est occupée par :
  ☐ Vous et/ou votre conjoint ☐ Vos Enfant(s) ou petit(s)enfant(s) ☐ Autre personne ☐ Inoccupée
- Vous êtes bénéficiaire d'une rente issue d'un placement pour se prémunir contre la perte d'autonomie ..... ☐ Oui ☐ Non

Demande de Carte Mobilité Inclusion (C.M.I.) [1]

Souhaitez-vous bénéficier :

- d'une CMI Invalidité ou Priorité [2] ..... ☐ Non ☐ Oui
- d'une CMI Stationnement ……..... ☐ Non ☐ Oui

[1] depuis le 01/01/2017, la CMI remplace les cartes d'invalidité, de priorité et de stationnement pour personnes handicapées
[2] vous ne pouvez pas choisir entre les mentions « invalidité » ou « priorité » ; seule l'une des mentions est accordée si vous remplissez les conditions médicales.

Signature :

- Je certifie sur l'honneur l'exactitude de tous les renseignements figurants sur le présent dossier, avoir pris connaissance des sanctions encourues en cas de fausse déclaration et m'engage à fournir toutes les pièces justificatives qui me seraient demandées.
- Je m'engage à signaler tout changement de situation (hospitalisation, entrée en EHPAD, déménagement….)
- J'autorise le Département à transmettre sa décision aux organismes concernés

Nom du signataire : ……

Le |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Signature

isère
LE DÉPARTEMENT
www.isere.fr

Dossier Individuel de demande
d'**A**llocation **P**ersonnalisée d'**A**utonomie

Pièces à joindre au dossier :

- Copie recto-verso d'une **pièce d'identité** (carte d'identité, livret de famille, passeport de l'union européenne). Si le demandeur est ressortissant d'un pays hors Union européenne, copie recto verso de son titre de séjour ou de sa carte de résidence.
- Copie recto-verso du dernier **avis d'imposition** sur les revenus
- Copie recto-verso du dernier **avis d'imposition** sur les revenus du conjoint, concubin ou personne avec laquelle vous avez conclu un PACS.
- **Relevé d'identité bancaire** au nom du demandeur (hors compte d'épargne).
- Copie recto-verso du ou des derniers relevés des **taxes foncières**
- Copie de la mesure de protection (**jugement de tutelle**)
- Copie du **bulletin de présence** en établissement

A noter :

- Si toutes les pages de vos documents ne sont pas transmises votre dossier sera déclaré incomplet

Merci de NE PAS AGRAFER vos documents justificatifs

Informations légales

Article L232-16 du code de l'action sociale et des familles :*"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."*

Article L135-1 du code de l'action sociale et des familles : « *Le fait de percevoir frauduleusement ou de tenter de percevoir frauduleusement des prestations au titre de l'aide sociale est puni des peines prévues par les articles 313-1, 313-7 et 313-8 du code pénal. »*

Dispositions relatives à loi du 6 janvier 1978

Les traitements relatifs à cette demande sont informatisés. Ils sont soumis aux dispositions de la loi « informatique et libertés du 6 janvier 1978 qui protège les droits et libertés individuelles. Les personnes concernées par la demande ont un droit d'accès et de rectification des informations nominatives stockées ou traitées informatiquement.

isère
LE DÉPARTEMENT
www.isere.fr

Fiche de renseignements médico-sociaux

Nom et prénom du demandeur : ..... Le |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Les renseignements demandés sont nécessaires pour un meilleur suivi de votre situation, dès le dépôt de votre demande. Ils ne déterminent pas vos droits à l'**APA**, mais ils permettent de **préparer la visite à domicile** qui sera effectuée par un référent médico-social.

Vous	**Oui**	**Non**
Vivez-vous **seul(e) ?**	☐	☐
Recevez-vous au moins une **visite** par semaine en dehors des professionnels qui interviennent à votre domicile ?	☐	☐
Sortez-vous au moins une fois par semaine (courses, sorties, loisirs, …) ?	☐	☐
Estimez- vous que votre **habitat** est isolé (éloigné des autres habitations) ?	☐	☐
Au cours des 3 derniers mois :	**Oui**	**Non**
Avez-vous perdu du **poids** ?	☐	☐
Avez-vous fait une **chute** ?	☐	☐
Avez-vous vécu un **évènement** majeur (deuil, entrée de votre conjoint en établissement, …) ?	☐	☐
Avez-vous été **hospitalisé** ? si oui, précisez : la durée : ..... jours et l'établissement : ……	☐	☐
Dans la vie quotidienne, vous avez besoin d'aide pour :	**Oui**	**Non**
Vous **déplacer** dans les principales pièces de votre logement (cuisine, chambre, salle de bains, WC)	☐	☐
Gérer votre budget et vos papiers	☐	☐
Utiliser un moyen de **transport** (véhicule, transports en commun)	☐	☐
Utiliser le **téléphone**	☐	☐
Suivre votre **traitement médical**	☐	☐
Aide extérieure	**Oui**	**Non**
Etes-vous suivi(e) par un **service d'aide à domicile** ? Si oui, **lequel** :	☐	☐
Bénéficiez-vous de soins infirmiers ?	☐	☐
Employez-vous une aide à domicile avec des **chèques emploi services ?**	☐	☐
Médecin	**Oui**	**Non**
Acceptez-vous que **le médecin du Département** prenne contact avec votre médecin traitant ?	☐	☐
Votre **médecin traitant** est le docteur ..... Son numéro de téléphone est : ...../...../...../...../.....		