

## CERTIFICAT MEDICAL

**relatif à une demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) à Domicile  
avec ou sans demande de Carte(s) Mobilité Inclusion (CMI)**

*Ce certificat médical contient les éléments nécessaires pour que les équipes d'évaluation APA établissent le plan le plus adapté à la situation de votre patient. Il est obligatoire dans le cadre d'une attribution de CMI.*

Nom(s) : ..... Prénom(s) : .....

Nom de naissance : ..... Né(e)  
le : .....

Adresse :  
.....

### 1. Pathologie(s) et signe(s) clinique(s) contribuant à l'atteinte de l'autonomie

**Précisez les signes cliniques ayant un impact significatif sur la vie quotidienne de la personne (apragmatisme, dénutrition, troubles de l'équilibre, troubles cognitifs, etc.) :**

> **Existe-t-il une déficience auditive ayant un retentissement significatif ?**  
Non  Oui  (merci de joindre un certificat ORL avec un audiogramme tonal)

> **Existe-t-il une déficience visuelle ayant un retentissement significatif ?**  
Non  Oui  (merci de joindre un certificat ophtalmologique précisant l'acuité visuelle de loin et de près avec correction ainsi que les éventuelles atteintes du champ visuel)

### 2. Prise(s) en charge(s) thérapeutique(s) contraignante(s) (chimiothérapie, dialyse, etc.)

Si oui, précisez : .....

### 3. Perspective d'évolution de l'atteinte de l'autonomie

Stabilité       Amélioration (durée prévisible des limitations fonctionnelles : .....)  
 Aggravation       Evolutivité majeure       Non définie

### 4. Mobilité - Déplacements

> **Périmètre de marche ?**      < 200 m       > 200 m

> <b>Le patient a-t-il :</b>	Non	Oui
○ Une station debout pénible ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ Une prothèse externe des membres inférieurs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ Une oxygénothérapie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

> **Pour ses déplacements, le demandeur a-t-il besoin d'une aide ?** Non  Oui  (précisez)

Aide humaine     Canne     Déambulateur     Fauteuil roulant  
 Autre aide technique (précisez) : .....

> **Le demandeur a-t-il besoin d'être accompagné par une tierce personne du fait d'une altération d'une fonction mentale, cognitive, psychique ou sensorielle ?** Non  Oui

**Aidez-vous de la grille d'appréciation suivante pour répondre aux questions suivantes à choix multiples**

Ⓐ	Ⓑ	Ⓒ	Ⓓ	NSP
Réalisé sans difficulté et sans aucune aide	Réalisé avec difficulté ou aide autre qu'humaine	Réalisé avec aide humaine : directe ou stimulation	Non réalisé	Ne se prononce pas

<b><u>Mobilité, manipulation et capacité motrice</u></b>	Ⓐ	Ⓑ	Ⓒ	Ⓓ	NSP
Marcher :	<input type="checkbox"/>				
Se déplacer à l'intérieur :	<input type="checkbox"/>				
Se déplacer à l'extérieur :	<input type="checkbox"/>				
Préhension main dominante :	<input type="checkbox"/>				
Préhension main non dominante :	<input type="checkbox"/>				
Motricité fine :	<input type="checkbox"/>				

Précisions : .....

.....

.....

<b><u>Cognition / Capacité cognitive</u></b>	Ⓐ	Ⓑ	Ⓒ	Ⓓ	NSP
Orientation dans le temps :	<input type="checkbox"/>				
Orientation dans l'espace :	<input type="checkbox"/>				
Gestion de la sécurité personnelle :	<input type="checkbox"/>				
Maîtrise du comportement :	<input type="checkbox"/>				

Réponse adaptée aux questions ?      Non     Oui       Si connu, indiquez le score MMS : /

Précisions: .....

.....

.....

<b><u>Entretien personnel</u></b>	Ⓐ	Ⓑ	Ⓒ	Ⓓ	NSP
Faire sa toilette :	<input type="checkbox"/>				
S'habiller, se déshabiller :	<input type="checkbox"/>				
Manger et boire des aliments préparés :	<input type="checkbox"/>				
Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire :	<input type="checkbox"/>				
Assurer l'hygiène de l'élimination fécale :	<input type="checkbox"/>				

Précisions : .....

.....

.....

**Vous pouvez joindre à ce certificat les comptes rendus et documents les plus récents et significatifs permettant de mieux comprendre cette situation.**

Document rédigé à la demande du patient et remis en main propre.  
Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature et CACHET du médecin  
ou n° RPPS et ADELI

Signature du patient (non obligatoire)



DIRECTION DE L'AUTONOMIE  
DIRECTION DU CADRE DE VIE DE  
LA PERSONNE

Service instruction des droits à  
compensation

Le

## ATTESTATION SUR L'HONNEUR

*DANS LE CADRE D'UNE DEMANDE*

*D'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE*

JE, SOUSSIGNÉ(E)

M.....

NÉ(E) LE .....

À .....

### ATTESTE ET CERTIFIE

### NE PAS PAYER DE TAXES FONCIÈRES SUR LES PROPRIÉTÉS BATIES ET NON BATIES

AU TITRE DE L'ANNÉE .....

- NI MON CONJOINT \*
- NI MON CONCUBIN \*
- NI LA PERSONNE AVEC LAQUELLE J'AI CONCLU UN  
PACTE CIVIL DE SOLIDARITÉ \*

**FAIT POUR SERVIR ET VALOIR CE QUE DE DROIT.**

*Signature du demandeur,*

Maison départementale de l'autonomie  
Centre Jean Monnet  
12 quai de Bootz  
CS 21429  
53014 LAVAL CEDEX

☎ 02 43 677 577  
☎ 02 43 59 96 40  
✉ mda@lamayenne.fr

www.lamayenne.fr

\* cocher la case correspondante et rayer les mentions inutiles

RELEVÉ DES CAPITAUX PLACÉS D'ASSURANCE VIE - ANNÉE \_ \_ \_ \_

(À REMPLIR PAR LE OU LES ÉTABLISSEMENT(S) BANCAIRE(S) ET/OU ASSURANCIEL(S) - À NOUS RETOURNER IMPÉRATIVEMENT)

Nom du ou des requérant(s) : .....

Adresse : .....

PRODUITS	CAPITAL DU DEMANDEUR	CAPITAL DU CONJOINT, CONCUBIN OU PACSÉ
Possédez-vous des contrats d'épargne correspondant à des Assurances Vie ? : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		

**ATTENTION !**  
Ce justificatif conditionne la recevabilité de la demande d'APA (selon la Loi ASV du 28/12/2015).

Je soussigné : (titulaire du compte ou Représentant légal)

NOM : .....  
 PRÉNOM : .....  
 NOM de JEUNE FILLE : .....  
 Qualité : .....  
 Adresse : .....  
 .....

Autorise les organismes bancaires ou assuranciers à fournir tous renseignements utiles sur le montant des capitaux placés d'assurance vie.

Le ..... Signature

Visa de l'établissement bancaire :

L'établissement bancaire atteste que  
 M .....  
 n'a pas, à ce jour, dans notre établissement, d'autre  
 forme d'épargne d'assurance vie que celle indiquée ci-  
 dessus

A .....  
 Le .....