

DEMANDE D'AIDE A DOMICILE

POUR UNE PERSONNE DE SOIXANTE ANS OU PLUS

Auprès du Département au titre de l'**ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE**

Auprès d'une Caisse de Retraite au titre de l'**Action Sociale**

Ce dossier comprend :

- une fiche de présentation de l'**ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE (APA)**,
- une notice explicative sur l'Action Sociale des Caisses de Retraite et les services ménagers à domicile pris en charge par l'Aide Sociale,
- une demande d'aide à domicile,
- une déclaration des ressources,
- un certificat médical,
- une notice explicative sur la Carte Mobilité Inclusion (CMI).

L'ensemble du dossier est à retourner, dûment rempli et signé,
à l'adresse suivante :

**DEPARTEMENT DE LA MOSELLE
DIRECTION DE LA SOLIDARITÉ**

DIRECTION DE LA POLITIQUE DE L'AUTONOMIE

**Hôtel du Département
C.S. 11096
57036 METZ CEDEX 1**

Accueil physique : 28-30 avenue André Malraux - 57000 METZ

Tél. : 03 87 56 31 31



Réussir ensemble !

www.mosellesenior.fr



N° dossier SOLIS :

DEMANDE D'AIDE A DOMICILE

A COMPLETER PAR LE DEMANDEUR

AIDE DEMANDÉE

Selon la situation de la personne qui en fait la demande, ce dossier peut être transmis au Département ou à la caisse de retraite du demandeur.

→ **ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE À DOMICILE**

① **Identité du demandeur**

	La personne pour laquelle l'allocation est demandée	Le conjoint ou la personne vivant maritalement ⁽¹⁾
NOM (Marital pour les femmes)		
NOM de jeune fille		
Prénom	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	
Date de naissance	Le : / /	Le : / /
Lieu de naissance	à	à :
Nationalité (Française, Union Européenne, autre à préciser)	Date d'arrivée en France :	Date d'arrivée en France :
N° de sécurité sociale		
Régime de retraite principale (CARSAT, ANGDM, RSI, MSA, SNCF, Autres...)		
N° de retraite		
		Profession le cas échéant :

⁽¹⁾ Il peut s'agir du conjoint, du concubin ou de la personne avec laquelle le demandeur a conclu un pacte civil de solidarité (PACS)



② Situation familiale

- Célibataire Marié(e) Vivant maritalement Titulaire d'un PACS
 Divorcé(e) Veuf(ve) depuis le :

Lieu de résidence du conjoint ou de la personne vivant maritalement si différent du demandeur :

Préciser l'adresse du conjoint

Adresse Domicile :

Adresse Etablissement :

③ Adresse actuelle du demandeur

S'AGIT-IL DE VOTRE DOMICILE PERSONNEL

Depuis quelle date y demeurez-vous ? :
(si moins de trois mois, remplir la rubrique
«adresse précédente»)

N° - Rue :

Commune :

Code postal :

Tél domicile :

Tél portable :

Adresse courriel (mail) :

Vous êtes : Propriétaire Locataire Colocataire
 Logé (e) à titre gracieux Usufruitier

A quelle date avez-vous quitté votre domicile personnel ? :

S'AGIT-IL D'UN AUTRE DOMICILE

- Famille d'accueil agréée
 Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées
 Résidence autonomie (ex foyer logement)
 Autre domicile (enfants, centre pénitentiaire...)

Date d'arrivée :
Date d'arrivée :
Date d'arrivée :
Date d'arrivée :

Lien de Parenté :

Nom :

N° - Rue :

Commune :

Code postal :

④ Adresse précédente

(A ne remplir que si l'intéressé(e) réside en Moselle depuis moins de 3 mois)

Nom :

N° - Rue :

Commune :

Code postal :

Date d'arrivée à ce domicile :

Date de départ de ce domicile :

Précisez s'il s'agissait :

- Famille d'accueil agréée (loi du 10/7/89) Résidence autonomie (ex foyer logement)
 Domicile personnel Autres (à préciser) :



NOM DU DEMANDEUR :PRENOM DU DEMANDEUR :

⑤ Coordonnées de votre médecin traitant

NOM :

Adresse :

Téléphone :

Souhaitez-vous sa présence lors de la visite de l'équipe médico-sociale ? oui non

⑥ Autres renseignements

Bénéficiez-vous actuellement :

- de la **Majoration Tierce Personne (MTP)** oui non
versée par la CARSAT ou un autre organisme (caisse de retraite...)
Si oui joindre copie de la notification
- de la **Prestation Complémentaire pour Recours à une Tierce Personne (PCRTP)** oui non
Si oui joindre copie de la notification
- d'une **assurance dépendance** oui non
versée par un organisme de sécurité sociale d'un état membre de l'Union Européenne
Si oui joindre copie de la notification
- de l'**Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP)** oui non
- de la **Prestation de Compensation du Handicap (PCH)** oui non
- de la **Prestation Expérimentale Dépendance (PED)** oui non
- de l'**Aide-Ménagère à Domicile au titre de l'aide sociale départementale** oui non
- de l'**Aide-Ménagère à Domicile au titre de l'action sociale de la caisse de retraite** oui non
- de l'**Aide-Ménagère à Domicile à titre privé** oui non

Nbre d'heures/mois :
Organisme intervenant :

Précisez si vous faites l'objet d'une mesure de : sauvegarde de curatelle tutelle
 (joindre la copie du jugement) justice

Indiquer les coordonnées du tuteur :

N°Rue :

Code postal :Commune :

En cas de rejet de ma demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie, j'autorise le Président du Département à transmettre mon dossier à l'organisme compétent pour accorder une prise en charge de services ménagers :

oui non

En cas d'accord, l'Allocation Personnalisée d'Autonomie, destinée à financer l'intervention d'un service d'aide à domicile, sera directement versée mensuellement à ce service sur présentation de sa facture.



⑦ Carte Mobilité Inclusion (CMI) (Certificat médical obligatoire)
Cf. notice d'information jointe au dossier APA

Souhaitez-vous bénéficier de la CMI mention « invalidité » ou mention « priorité »

oui non

Souhaitez-vous bénéficier de la CMI mention « stationnement pour personnes handicapées »

oui non

⑧ Personne à contacter pour tout renseignement complémentaire nécessaire à l'évolution de votre situation

Souhaitez-vous qu'une copie de la décision APA soit transmise à la personne à contacter pour tout renseignement complémentaire nécessaire à votre situation ?

oui non

NOM - Prénom :

Qualité ou parenté :

N°

Rue :

Code postal :

Commune :

Tél. domicile :

Tél. professionnel :

Tél. portable :

Adresse courriel (mail) :

⑨ Personne à contacter pour une visite à domicile

NOM - Prénom :

Qualité ou parenté :

N°

Rue :

Code postal :

Commune :

Tél. domicile :

Tél. professionnel :

Tél. portable :

Adresse courriel (mail) :

Je soussigné(e), agissant :

en mon nom propre

en ma qualité de représentant de M./Mme.....

certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus ainsi que ceux des pièces justificatives fournis dans le cadre d'une demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) à domicile.

Je m'engage à signaler tout changement concernant ma situation.

Fait à.....le.....

Nom, prénom et signature du demandeur ou de son représentant (préciser la qualité)

DISPOSITIONS RELATIVES A LA 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, modifiée en 2004, qui protège les droits et libertés individuels.

Toute personne peut obtenir communication et, le cas échéant, rectification ou suppression des informations la concernant, en adressant un courrier au Département de la Moselle, à l'attention de Monsieur le Directeur de la Solidarité.





DECLARATION DES RESSOURCES

perçues l'année civile précédent la demande

NOM et Prénom du demandeur :

RESSOURCES ANNUELLES	MONTANT ANNUEL PERÇU PAR LE DEMANDEUR	MONTANT ANNUEL perçu par le CONJOINT, CONCUBIN ou la PERSONNE avec qui le demandeur a conclu un PACS
Pensions et retraites (y compris retraites complémentaires) Indiquer le nom de l'organisme payeur ⇨ ⇨ ⇨		
Pensions étrangères : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON (Si oui joindre les justificatifs) ⇨ ⇨		
Salaires ⇨ ⇨		
Pension invalidité (préciser le nom de l'organisme payeur et à quel titre Ex : "accident du travail, maladie professionnelle, ...) ⇨ organisme : ⇨ au titre de :		
Indemnités journalières ⇨		
Pensions alimentaires versées par les enfant ⇨		
Rente viagère (préciser le nom de l'organisme payeur) ⇨ A-t-elle été souscrite dans le but de vous prémunir contre la perte d'autonomie ? <input type="checkbox"/> OUI * <input type="checkbox"/> NON * si oui, veuillez joindre le justificatif		
Avantages en nature (chauffage, loyer...) ⇨		



RESSOURCES NE FIGURANT PAS SUR L'AVIS D'IMPOSITION OU DE NON- IMPOSITION	MONTANT PERÇU PAR LE DEMANDEUR	MONTANT <u>perçu</u> par le CONJOINT, CONCUBIN ou la PERSONNE avec qui le demandeur a conclu un PACS
Revenus soumis au prélèvement libératoire (en application des articles 125-0 A et 125 D du code général des impôts)		

ASSURANCE VIE : à compléter <u>obligatoirement</u> par oui ou par non	
ASSURANCE VIE	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Si oui adresser le(s) justificatif(s) = relevé(s) annuel(s) d'assurance vie

Etes-vous propriétaire (ou usufruitier) ?

NON : (vous n'avez pas à remplir le tableau ci-dessous)

OUI : **REPLIR OBLIGATOIREMENT LE TABLEAU CI-DESSOUS** (et joindre la photocopie du (des) dernier(s) relevé(s) de la taxe foncière sur les propriétés bâties et sur les propriétés non bâties **autre que résidence principale**)

BIENS IMMOBILIERS (propriétés bâties et non bâties) Situation au 31 décembre de l'année civile précédant la demande				
DESIGNATION (immeubles, terrains...)	ADRESSE	USAGE	MONTANT ANNUEL des loyers ou fermages	VALEUR LOCATIVE (1)
Résidence Principale		<input type="checkbox"/> Occupée - par ⁽²⁾ : <input type="checkbox"/> Non occupée		
AUTRES		<input type="checkbox"/> Non loué - non exploité <input type="checkbox"/> Loué		
		<input type="checkbox"/> Non loué - non exploité <input type="checkbox"/> Loué		
BIENS		<input type="checkbox"/> Non loué - non exploité <input type="checkbox"/> Loué		
		<input type="checkbox"/> Non loué - non exploité <input type="checkbox"/> Loué		

(1) La valeur locative est indiquée sur l'avis des taxes foncières ligne (base) ou sur le relevé cadastral

(2) Indiquez le cas échéant le lien de parenté

CERTIFICAT MEDICAL
ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE
ET CARTE MOBILITE INCLUSION
(mention « stationnement » ou « priorité » ou « invalidité »)

Cher Confrère,

Dans l'intérêt de votre patient, je vous remercie de bien vouloir lui remettre, sous pli confidentiel, ce certificat médical circonstancié pour qu'il le joigne à son dossier de demande **d'Allocation Personnalisée d'Autonomie et/ou la Carte Mobilité Inclusion à l'attention des médecins du Département et de la Maison Départementale des Personnes Handicapées de Moselle.**

Je me permets de vous rappeler que l'équipe médicale et l'ensemble des services sont astreints au secret professionnel (article 226-13 du nouveau Code Pénal) et que le **certificat médical est obligatoire et essentiel pour toute demande de CMI** (articles R 146-26 et D 245-25 du CASF).

Comptant sur votre collaboration, je vous prie d'agréer, Cher Confrère, l'expression de mes salutations distinguées.

Ce certificat médical est à retourner sous **pli confidentiel** à l'adresse suivante :

Ce certificat médical est à retourner sous **pli confidentiel** à
l'adresse suivante :

DEPARTEMENT DE LA MOSELLE
DIRECTION DE LA SOLIDARITÉ
DIRECTION DE LA POLITIQUE DE L'AUTONOMIE
Hôtel du Département
C.S. 11096
57036 METZ CEDEX 1

Accueil physique : 28-30 avenue André Malraux - 57000 METZ

Tél. : 03 87 56 31 31

Le Médecin Contrôleur
des Lois d'Aide Sociale

ETAT-CIVIL

NOM..... Prénom :

NOM de Jeune Fille :

Date de Naissance : Ville de Naissance :

Adresse :

A transmettre sous pli cacheté - **SECRET MEDICAL** -



Taille : Poids :

PATHOLOGIES PRINCIPALES motivant la demande

Diagnostic médical :

Date de début des troubles :

Autres pathologies ayant un retentissement sur la vie quotidienne et contribuant à la demande :

.....

DEFICIENCES INTELLECTUELLES et/ou TROUBLES DU PSYCHISME ou du COMPORTEMENT

Trouble(s) de la mémoire, de l'orientation :

Dernier score MMS réalisé :/30 Date : Lieu :

Trouble (s) du comportement :

- inversion rythme nyctéméral
- fugues
- agressivité
- mises en danger
- autres :

Trouble(s) psychiques (dépression, psychoses,...).....

DEFICIENCES AUDITIVES

non oui surdité complète

Appareillage fonctionnel non oui

DEFICIENCES VISUELLES (joindre un compte-rendu d'ophtalmologiste si disponible)

non oui (  préciser) :

Acuité visuelle si connue :   D =   G =

Correction non oui

DEFICIENCES DU LANGAGE

non oui type :

DEFICIENCES CARDIAQUE et/ou RESPIRATOIRE ayant un retentissement sur la vie quotidienne

- dyspnée (stade) :
- trachéotomie
- oxygénothérapie à domicile (durée) :
- autres :

DEFICIENCES MOTRICES et de l'APPAREIL LOCOMOTEUR

Paralysie MSD MSG MID MIG Côté dominant G D
 PERIMETRE DE MARCHÉ (indispensable) :
 Besoin d'accompagnement à l'extérieur : oui non
 Autre (s) trouble (s) fonctionnel (s) :
 Chute éventuelle : oui non Fréquence =
 Appareillage à préciser : à l'intérieur à l'extérieur
 (cane, déambulateur, fauteuil roulant)

DEFICIENCES ENDOCRINIENNES

Diabète : non oui Complications : mal perforant non oui
 neuropathie non oui
 artériopathie non oui
 rétinopathie non oui
 hypoglycémie sévère avec malaises non oui
 Autres :

DEFICIENCES DIGESTIVES

Trouble(s) de la déglutition, trouble(s) du transit :
 stomie anale gastrostomie
 Incontinence anale : permanente occasionnelle

DEFICIENCES URINAIRES

Type de trouble(s) :
 Incontinence urinaire : permanente occasionnelle
 Sonde urinaire Stomie urinaire
 Dialyse
 Couches Nombre par jour :

TRAITEMENT

Capacité à gérer son traitement : non oui

INTERVENTION IDE EN COURS

1 fois / jour 2 fois / jour
 soins particuliers (pansements, sondages, soins stomies, escarres...)
 injections

AUTRES PARAMEDICAUX EN COURS

Auxiliaire de vie (toilette-habillage) non oui
 Kinésithérapeute non oui
 Orthophoniste non oui

ATTITUDE PSYCHOLOGIQUE

coopérant
 opposant
 indifférent
 démissionnaire

Sur la journée nécessite une surveillance :

constante ponctuelle

Peut faire avec stimulation :

Toilette non oui
 Habillage non oui
 Alimentation non oui
 Autres non oui (à préciser)

OBSERVATIONS EVENTUELLES

**CONSEQUENCES DES DEFICIENCES
DETERMINATION DU GROUPE AGGIR**

- A : Fait seul spontanément, totalement, correctement, habituellement
 B : Fait plus ou moins spontanément, totalement, correctement, habituellement
 C : Ne fait pas du tout

A,B ou C

COHERENCE : converser et/ou se comporter de façon logique et sensée	
ORIENTATION : se repérer dans le temps, les moments de la journée, les lieux	
TOILETTE : hygiène corporelle : haut : A - B - C bas : A - B - C	
HABILLAGE : s'habiller, se déshabiller, se présenter + appareillage : haut : A - B - C moyen : A - B - C bas : A - B - C	
ALIMENTATION : manger les aliments préparés : se servir (1) : A - B - C manger : A - B - C	
ELIMINATION : assurer l'hygiène de l'élimination urinaire : A - B - C fécale : A - B - C	
TRANSFERTS : se lever, se coucher, s'asseoir	
DEPLACEMENTS INTERIEURS : (2) avec <input type="checkbox"/> canne, <input type="checkbox"/> déambulateur, <input type="checkbox"/> fauteuil roulant	
DEPLACEMENTS EXTERIEURS : à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport avec <input type="checkbox"/> canne, <input type="checkbox"/> déambulateur, <input type="checkbox"/> fauteuil roulant	
COMMUNICATION à distance : téléphone, sonnette, alarme	

A....., le

Signature et Cachet

Horaires auxquels vous pouvez être joint à votre cabinet médical :

☎ :

(1) Se servir : peler un fruit, ouvrir un yaourt, couper sa viande, se verser un verre

(2) L'utilisation par la personne seule de cannes, d'un déambulateur ou d'un fauteuil roulant peut lui permettre d'être parfaitement indépendante pour ses déplacements





Réussir ensemble !

A CONSERVER

**Qu'est-ce
que la CMI ?**

LA CARTE MOBILITE INCLUSION (CMI)

La **Carte Mobilité Inclusion (CMI)** vient remplacer les cartes d'invalidité, de priorité et de stationnement délivrées aux personnes handicapées et aux personnes âgées dépendantes.

Elle est délivrée par le **Président du Département**. Sa fabrication et son envoi sont réalisés par l'**Imprimerie Nationale**.

Trois mentions peuvent figurer sur cette carte :

- « Invalidité » ;
- « Priorité pour personnes handicapées » ;
- « Stationnement pour personnes handicapées ».

Comment obtenir la Carte Mobilité Inclusion (CMI) ?

Vous pouvez demander la **Carte Mobilité Inclusion (CMI)** en complétant le **formulaire de demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)**, ainsi que le **certificat médical joint**.

Vous êtes reconnu(e) en GIR 1 ou 2 ⁽¹⁾

La CMI avec mention « **invalidité** » et « **stationnement pour personnes handicapées** » vous est attribuée à titre définitif.

Vous êtes reconnu(e) en GIR 3 à 6 ⁽¹⁾

La **Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) de la Moselle** instruit et procède à l'évaluation de votre demande.

⁽¹⁾ Selon son degré de dépendance, la personne âgée est rattachée à un **groupe iso-ressources (GIR)**, allant de 1 à 6, le niveau 1 correspondant au niveau le plus élevé de dépendance.

**Si vous avez déjà
une carte**

Vous conservez celle-ci jusqu'à son terme et demanderez, si besoin, une CMI six mois avant son échéance.

Si votre carte actuelle n'a pas de date de fin ou se termine après le 31 décembre 2026, vous pouvez l'utiliser jusqu'à ce terme et demander ensuite une CMI avant le **30 juin 2026**.



Les différentes mentions de la Carte Mobilité Inclusion (CMI)

Invalidité

Vous avez un taux d'incapacité permanente d'au moins 80 %.

Cette mention vous permet d'obtenir :

- une **priorité d'accès** aux places assises dans les transports en commun, les espaces et salles d'attente, ainsi que dans les établissements et les manifestations accueillant du public ;
- une **priorité dans les files d'attente**.

Ces avantages sont aussi valables pour la personne qui vous accompagne dans vos déplacements.

La CMI « Invalidité » permet aussi de bénéficier :

- des dispositions relatives à l'**obligation d'emploi** des travailleurs handicapés ;
- de divers **avantages fiscaux**, comme, par exemple, le bénéfice, sous conditions, d'une demi-part supplémentaire pour le calcul de l'impôt sur le revenu ;
- de différents **avantages commerciaux**, sous certaines conditions, par exemple dans les transports.

La mention invalidité peut enfin être accompagnée d'une

Priorité pour personnes handicapées

Vous êtes atteint(e) d'une incapacité rendant la **station debout pénible**.

Cette mention vous permet d'obtenir :

- une **priorité d'accès** aux places assises dans les transports en commun, dans les espaces et salles d'attente, ainsi que dans les établissements et les manifestations accueillant du public ;
- une **priorité dans les files d'attente**.

Stationnement pour personnes handicapées

Vous êtes atteint(e) d'un handicap qui **réduit de manière importante et durable** votre capacité et votre autonomie de déplacement à pied ou qui vous impose d'être **accompagné(e) par une tierce personne** dans vos déplacements.

Cette mention vous permet **d'utiliser gratuitement et sans limitation de durée⁽¹⁾**, toutes les places de stationnement ouvertes au public. Elle concerne également la tierce personne qui vous accompagne dans le même véhicule.

⁽¹⁾ La durée de stationnement peut être limitée sur décision des autorités compétentes en matière de circulation et de stationnement, sans toutefois pouvoir être inférieure à 12 heures.

Pièces justificatives à fournir pour une demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)

- ❖ Copie du livret de famille ou de la carte nationale d'identité ou du passeport de la communauté européenne ou de l'extrait d'acte de naissance
- ❖ Copie du titre de séjour pour les personnes étrangères
- ❖ Copie de toutes les pages du dernier avis d'imposition ou de non-imposition sur le revenu
- ❖ Copie des déclarations fiscales des organismes de retraite
- ❖ Copie de toutes les pages du dernier relevé des taxes foncières
- ❖ Un relevé d'identité bancaire (RIB)
- ❖ Si vous êtes bénéficiaire d'une mesure de protection, copie du jugement et RIB du tuteur
- ❖ N° de sécurité sociale

Si vous êtes marié(e) ou si vous vivez en couple, ces justificatifs sont à joindre pour les deux personnes.

