

# DOSSIER D'AIDES AUTONOMIE À DOMICILE POUR LES PERSONNES ÂGÉES

Ce dossier permet de formuler une demande de plan d'aide qui pourra être financé pour tout ou partie par les caisses de retraite (**Aide "bien vieillir chez soi"**) ou les conseils départementaux (**"Allocation Personnalisée d'Autonomie", dite APA**).

Réservé à l'administration / Numéro de dossier : \_\_\_\_\_

1/9

## LA SITUATION DU DEMANDEUR ET DE SON CONJOINT

Dans le cas d'un couple (mariage, PACS ou concubinage), les ressources du conjoint sont prises en compte dans le plan d'aide. Les informations sur le demandeur et son conjoint sont donc nécessaires.

Pour plus d'informations, une notice d'information accompagne ce formulaire et un portail d'information national en ligne existe : [www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr](http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr)

	LE DEMANDEUR	LE CONJOINT Mariage, PACS ou Concubinage
Situation de famille du demandeur	<input type="checkbox"/> Marié, PACS, en concubinage <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Divorcé ou séparé <input type="checkbox"/> Veuf	<div></div> <p><i>Si le demandeur est célibataire, divorcé, séparé ou veuf, veuillez ne pas remplir cette colonne.</i></p> <div></div>
Sexe	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
Nom d'usage		
Nom de naissance		
Prénom(s)		
Date de naissance		
Ville de naissance		
Département de naissance		
Pays de naissance		
Numéro de sécurité sociale à 13 chiffres		
Lieu de résidence	<input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Hébergement au sein de la famille ou chez un tiers <input type="checkbox"/> Domicile d'un accueillant familial (particulier agréé par le département) <input type="checkbox"/> Résidence autonomie <input type="checkbox"/> Autre : _____	<b>Si différent du demandeur :</b> <input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> EHPAD (date : _____) <input type="checkbox"/> Domicile d'un accueillant familial (particulier agréé par le département) <input type="checkbox"/> Résidence autonomie <input type="checkbox"/> Autre : _____

Ces informations permettent de pouvoir contacter le demandeur et d'identifier l'organisme compétent pour évaluer la demande.

Numéro de téléphone \_\_\_\_\_

Adresse e-mail \_\_\_\_\_

Adresse du lieu de résidence \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Si applicable : Bâtiment \_\_\_\_\_ Étage \_\_\_\_\_ Digicode \_\_\_\_\_

Le demandeur réside-t-il depuis plus de 3 mois à cette adresse ? ☐ Oui ☐ Non

Si vous avez répondu "Non", renseigner les champs ci-dessous concernant la résidence précédente du demandeur :

Adresse précédente du demandeur \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Si le demandeur fait l'objet d'une mesure de protection, renseigner les éléments ci-après et joindre obligatoirement la photocopie du jugement de la mesure.

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

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

Si vous avez répondu "Oui", préciser de quelle mesure de protection il s'agit :

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sauvegarde de justice | <input type="checkbox"/> Tutelle                              |
| <input type="checkbox"/> Curatelle simple      | <input type="checkbox"/> Habilitation familiale               |
| <input type="checkbox"/> Curatelle renforcée   | <input type="checkbox"/> Mandat de protection future "activé" |

#### LE MANDATAIRE OU L'ORGANISME DE PROTECTION JURIDIQUE

Nom de l'organisme \_\_\_\_\_

Nom de la personne \_\_\_\_\_

Prénom de la personne \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone portable \_\_\_\_\_

Adresse e-mail \_\_\_\_\_

Cette rubrique a vocation à identifier la personne qui aide le demandeur dans ses démarches administratives, ou plus globalement un proche qui aide le demandeur dans sa vie quotidienne.

Cette personne sera contactée, le cas échéant, pour toute question administrative sur votre dossier.

Avant d'indiquer les coordonnées de la personne, celle-ci doit avoir donné son accord pour que ses informations figurent dans ce formulaire.

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone \_\_\_\_\_

Adresse e-mail \_\_\_\_\_

Le lien avec le demandeur :

☐ Conjoint ☐ Enfant ☐ Amis ☐ Voisin ☐ Autre : \_\_\_\_\_

SUITE EN  
PAGE SUIVANTE —————→

En fonction du degré d'autonomie du demandeur, il sera orienté vers l'organisme compétent.

Quelle que soit l'aide demandée, une visite à domicile par un professionnel sera réalisée pour évaluer les besoins et la situation du demandeur.

**Les questions suivantes concernant la situation du demandeur ont pour objectif d'identifier à quel organisme la demande doit être adressée.**

Le demandeur rencontre-t-il des difficultés pour se lever ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Le demandeur rencontre-t-il des difficultés pour s'habiller ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Le demandeur rencontre-t-il des difficultés pour faire sa toilette ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Le demandeur rencontre-t-il des difficultés pour se déplacer ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Si la réponse a **toujours** été "**Non**", cocher la **case Profil 1** ci-dessous.

→ Le demandeur peut demander l'aide "Bien vieillir chez Soi" des caisses de retraite.

☐ **Profil 1 : Aide "Bien Vieillir chez soi" des caisses de retraite** pour les personnes retraitées du régime général qui ont besoin d'une aide dans leur soutien à domicile.

Si la réponse a été **au moins une fois "Oui"**, sélectionner le **Profil 2**

→ Le demandeur peut demander l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) des départements.

☐ **Profil 2 : Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) des départements** pour les personnes ayant besoin d'aide dans les gestes principaux de la vie quotidienne à domicile.

Cette rubrique permet d'identifier les aides perçues par le demandeur et de l'informer en cas de cumul non autorisé.

**Le demandeur reçoit-il une ou plusieurs des aides listées ci-dessous :**

La Prestation Complémentaire pour Recours à Tierce Personne (PC RTP), aide perçue dans le cadre d'arrêt de travail ou arrêt maladie ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
La Prestation de Compensation du Handicap (PCH) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
L'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP) ?	<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
La Majoration pour aide constante d'une Tierce Personne (MTP) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Le demandeur peut être amené à participer financièrement aux prestations en fonction de ses ressources, de son patrimoine, de son degré d'autonomie et du montant du plan d'aides proposé.

**Aucun des deux dispositifs d'aide n'est récupérable sur succession.**

Ces informations ne seront utilisées que par les conseils départementaux et les caisses de retraite.

**Si le demandeur est propriétaire de biens (appartements, maisons, terrains) autres que sa résidence principale, renseigner les informations ci-après et joindre une photocopie du dernier avis de taxe foncière.**

ADRESSE	TYPE	EN LOCATION
	<input type="checkbox"/> Bâti <input type="checkbox"/> Non-bâti	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<input type="checkbox"/> Bâti <input type="checkbox"/> Non-bâti	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<input type="checkbox"/> Bâti <input type="checkbox"/> Non-bâti	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

**Le demandeur est-il titulaire d'un ou plusieurs contrats d'assurance vie ?**

☐ Oui ☐ Non

Si oui, joindre le(s) dernier(s) relevé(s) annuel(s) dans ce dossier.

**Si le demandeur et/ou son conjoint (mariage, PACS, concubinage) possède des biens mobiliers et des capitaux ou non placés de valeur, déclarez-les dans le tableau suivant en précisant leur montant ou leur valeur estimée.**

Exemple de biens mobiliers et capitaux non placés : actions, objets d'arts, bateau...  
Joindre si nécessaire une liste complémentaire sur papier libre.

NATURE	MONTANT / VALEUR ESTIMEE
	€
	€
	€

La carte mobilité inclusion (CMI) est accordée sur demande et en fonction du degré d'autonomie évalué par un professionnel lors de l'évaluation à domicile.

La carte mobilité inclusion (CMI) donne des avantages aux personnes âgées et aux personnes en situation de handicap, notamment pour faciliter leurs déplacements.

- 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

Je soussigné(e) : ☐ Madame ☐ Monsieur

Nom, Prénom : \_\_\_\_\_

Agissant : ☐ En mon nom propre  
☐ En qualité de représentant légal de : \_\_\_\_\_

certifie exacts et complets les renseignements fournis dans le cadre de cette demande.  
 Je suis informé(e) que toute fausse déclaration ou falsification de document, toute obtention usurpée d'un droit m'exposerait à des sanctions pénales et financières prévues par la loi.  
 Je donne mon consentement pour que ces données fassent l'objet d'un traitement informatique\*.

Fait à : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_

Signature :

#### \*Mentions d'information pour le dossier unique de demande d'aide autonomie

La Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav), la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et la Mutualité sociale agricole (MSA) mettent en œuvre un formulaire unique de demande de plan d'aide ou d'Allocation Personnalisée d'Autonomie. Le traitement des informations recueillies sur ce formulaire est nécessaire à l'instruction et à la gestion de cette demande.

Les personnes accédant à ces données sont les agents habilités au sein de la Cnav, de la CNSA et de la MSA, ainsi que les professionnels qui participent à la prise en charge du parcours de la personne âgée (médecins, hôpitaux, services d'aide à domicile, pôles territoriaux de l'autonomie, professionnels de santé, professionnels œuvrant dans le champ du social et du médico-social).

Votre organisme peut également être amené à échanger des informations relatives à votre situation avec d'autres organismes, notamment l'administration fiscale, les organismes de sécurité sociale versant des prestations analogues et les organismes de recouvrement des cotisations sociales.

La durée de conservation des données collectées est de 3 ans après l'obtention de la dernière aide.

Conformément au droit à la protection des données, vous disposez de droits sur vos données personnelles (droit d'accès, de rectification, d'effacement, à la limitation, de retirer votre consentement, de portabilité) que vous pouvez exercer auprès du délégué à la protection des données (DPO) de l'organisme gestionnaire de l'aide demandée. Si vous estimez que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.

## LES PIÈCES À FOURNIR ET L'ADRESSE D'ENVOI DU DOSSIER

### PROFIL 1 Pièces-jointes pour l'aide "Bien Vieillir chez Soi" des caisses de retraite

- ☐ La photocopie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition à l'impôt sur le revenu (toutes les pages), ainsi que celui du conjoint / concubin / partenaire PACS

#### Si le demandeur est concerné :

- ☐ La photocopie du jugement de la mesure de protection
- ☐ La photocopie de la notification de rejet de votre demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) si une demande a déjà été réalisée

#### L'adresse d'envoi du dossier

Le demandeur PROFIL 1 devra envoyer son dossier à la caisse de retraite principale dont il dépend (le régime de retraite qui lui verse le montant de la pension retraite le plus élevé) parmi les 2 caisses de retraite suivantes :



**CARSAT Pays de la Loire**  
Service Action Sociale Retraite  
2 place de Bretagne 44932 NANTES CEDEX 9



**MSA Mayenne Orne Sarthe**  
Service Action sociale  
30 rue Paul Ligneul - 72032 LE MANS Cedex 9

ou sur le site internet : [www.mayenne-orne-sarthe.msa.fr](http://www.mayenne-orne-sarthe.msa.fr)

### PROFIL 2 Pièces-jointes pour l'Allocation Personnalisée d'Autonomie des départements

- ☐ Un justificatif d'identité (carte d'identité française ou d'un pays membre de la Communauté Européenne ou passeport ou livret de famille ou carte de résidence ou titre de séjour en cours de validité)
- ☐ Le Relevé d'identité bancaire (RIB) au nom du demandeur
- ☐ La photocopie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition à l'impôt sur le revenu (toutes les pages), ainsi que celui du conjoint / concubin / partenaire PACS
- ☐ Le certificat médical rempli

#### Si le demandeur est concerné :

- ☐ La photocopie du(des) dernier(s) relevé(s) d'assurance vie
- ☐ La photocopie du(des) dernier(s) avis de taxe foncière
- ☐ La photocopie du jugement de la mesure de protection

#### L'adresse d'envoi du dossier



**Maison Départementale de l'Autonomie Mayenne**  
12 quai de Bootz  
CS 21429 - 53014 LAVAL CEDEX

ou par email : [servicepa@lamayenne.fr](mailto:servicepa@lamayenne.fr)

# Enquête de satisfaction

Vous venez de remplir un dossier d'aides autonomie à domicile pour vous-même ou un proche ?

Dans le cadre de notre démarche d'amélioration pour vous faciliter l'accès aux droits, nous souhaitons recueillir votre avis sur le dossier que vous venez de remplir.

**Cliquez ici pour  
répondre au  
sondage**

**ou**

**Copier ce lien dans  
votre navigateur**  
<https://pwc.to/3g4wlkK>

**ou**

**Scannez ce QR  
code**





# Annexe 2 pour le profil 2 (Aide Personnalisée pour l'autonomie)

## // Certificat Médical

### Certificat médical relatif à une demande d'APA à domicile avec ou sans demande de CMI

Ce certificat médical est adressé au médecin de l'équipe médico-sociale (EMS) en charge de l'allocation personnalisée autonomie (APA) du département.

Il peut donner lieu à un échange et partage d'informations au sein de l'EMS APA qui constitue une équipe de soins. 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.

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 retentissement significatif sur la vie quotidienne de la personne (apraxisme, dénutrition, troubles de l'équilibre, troubles cognitifs, troubles de la communication, etc.) :

.....

.....

.....

.....

#### 2. Prise(s) en charge(s) thérapeutique(s)

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

.....

.....

.....

.....

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

- Stabilité                      - Amélioration (préciser la durée prévisible des limitations fonctionnelles : < 1 an ☐ > 1 an ☐ )
- Aggravation                      - Evolutivité majeure                      - Non définie

#### 4. Mobilité - Déplacements

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

> Le patient a-t-il :	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 pour tous ses déplacements?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

> Pour ses déplacements, la personne a-t-elle besoin systématiquement d'une aide ? Non ☐ Oui ☐ (précisez)

☐ Aide humaine (quelles que soient les difficultés rencontrées)

☐ Canne ☐ Déambulateur ☐ Fauteuil roulant

☐ Autre aide technique (précisez) : .....

# Annexe 2 pour le profil 2 (Aide Personnalisée pour l'autonomie)

## // Certificat Médical

### 5. 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) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déplacer à l'intérieur du domicile :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déplacer à l'extérieur du domicile :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avoir la préhension manuelle :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avoir des activités de motricité fine :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Précisions : .....

.....

.....

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 :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'habiller, se déshabiller :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manger et boire des aliments préparés :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assurer l'hygiène de l'élimination fécale :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'orienter dans l'espace :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gérer sa sécurité personnelle :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maîtriser son comportement :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cohérence des réponses aux questions ? Oui ☐ Non ☐ Si connu, indiquez le score MMS : /

Précisions: .....

.....

.....

### 6. 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 n° RPPS

Signature