



Maison Départementale de
l'Autonomie
1350 rue d'Alco
BP 7370
34086 Montpellier Cedex 4

DEMANDE DE REVISION APA à domicile

Identité du bénéficiaire APA

Nom : N° dossier APA :

Prénom : Date de naissance :

Adresse :

Téléphone fixe : Téléphone portable : Courriel :

Le bénéficiaire peut-il être contacté par téléphone : OUI ☐ NON ☐

Si représentant légal, coordonnées :

Personne proche à contacter pour l'évaluation si besoin :

Téléphone portable : Courriel :

Je sollicite la révision de mon dossier d'Allocation Personnalisée d'Autonomie dans le cadre :

- ☐ Modification des intervenants ☐ Changement dans ma situation personnelle
- ☐ Aggravation de ma situation ☐ Autre prise en charge

Joindre obligatoirement l'avis d'imposition (ou non-imposition) du foyer fiscal de l'année N-1

☐ **MODIFICATION DES INTERVENANTS*** :

Tout changement en mode prestataire doit être demandé avant le 15 du mois en cours pour prise en charge le 1^{er} du mois suivant. Aucun changement n'est possible en cours de mois. Les modes gré à gré et mandataire impliquent des délais supplémentaires.

1) Indiquer le nom de mon/mes intervenant(s) actuel(s) :

- ☐ Service autonomie à Domicile SAD :
- ☐ Gré à gré (emploi direct) :
- ☐ Mandataire :

DATE DE FIN DE(S) INTERVENANT(S) :

2) Indiquer le nom de mon/mes nouvel(aux) intervenant(s) :

- ☐ Nouveau Service autonomie à Domicile SAD (nom et adresse)* :
.....
- ☐ Nouveau Gré à gré (emploi direct) :
- ☐ Nouveau Mandataire :

DATE DE DEBUT DE(S) NOUVEL(AUX) INTERVENANT(S) :

La prise en charge sera effective à réception de la notification.

PIECE OBLIGATOIRE

Prestataire : JOINDRE OBLIGATOIREMENT LA COPIE DU COURRIER DE RESILIATION DES INTERVENANTS

Emploi direct et mandataire : JOINDRE OBLIGATOIREMENT LES 3 DERNIERS BULLETINS DE SALAIRE

* **Liste des SAD disponible sur** <https://mda.herault.fr/2335-etablissements-et-services.htm>

☐ **CHANGEMENT DANS MA SITUATION PERSONNELLE**

☐ Changement de domicile : date du changement :

Nouvelle adresse :

.....

☐ Changement de contexte familial (décès d'un proche, changement de situation de mon conjoint, etc.)

Merci de préciser :

☐ **AGGRAVATION DE MA SITUATION entrainant des difficultés dans les actes de la vie quotidienne**

Préciser.....

.....

Si les heures prévues dans le plan d'aide ne sont pas toutes consommées, préciser pour quel motif :

.....

☐ Hospitalisation récente : Date de retour à domicile

JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DETAILLE (RECOMMANDE)

☐ **PRISE EN CHARGE DE :**

☐ **Téléalarme** : Joindre obligatoirement la copie du contrat et courrier de mise en place indiquant le tarif mensuel

☐ **Portage repas** :

Nombre de livraison / mois :

Nom du prestataire :

☐ **Frais de protections** : Joindre obligatoirement les factures (les 3 derniers mois)

☐ **Aide Technique** si préconisée par l'évaluateur(trice) APA : Joindre obligatoirement les devis

☐ **Adaptation du logement** si préconisée par l'évaluateur(trice) APA : Joindre obligatoirement les devis

☐ **Accueil de jour** : Nom de l'établissement :

Date d'entrée envisagée : Nombre de jours /semaine :

☐ **DEMANDE EXPRIMEE PAR MON AIDANT**

Toute demande d'aide au répit doit être anticipée avant sa mise en place. Elle est impérativement liée à l'évaluation des besoins de votre/vos aidants par un membre de l'équipe médico-sociale.

☐ Aide au répit

☐ Aide à l'aidant hospitalisé

Nom de mon aidant indispensable :

Adresse de mon aidant indispensable :

Numéro de téléphone auquel il est joignable :

Courriel de mon aidant indispensable :

Contexte de la demande :

.....

☐ Hébergement Temporaire :

Nom de l'établissement :

☐ Intervention d'un SAD / mandataire / emploi direct

☐ Intervention d'une famille d'Accueil

***Préciser les dates d'absences de l'aidant indispensable
Si cette condition n'est pas remplie, la demande ne sera pas étudiée***

CARTE MOBILITE INCLUSION

DEMANDE DE CARTE MOBILITE INCLUSION (CMI)	
☐ CMI Invalidité/priorité	Joindre un certificat médical (recommandé)
☐ CMI Stationnement	
☐ Renouvellement de CMI Invalidité/priorité	
☐ Renouvellement de CMI Stationnement	

Attestation sur l'honneur

L'utilisateur est-il informé de cette demande :

☐ Oui ☐ Non

Je soussigné(e),, agissant :

- ☐ en tant que bénéficiaire APA
- ☐ en ma qualité de proche aidant
- ☐ en ma qualité de représentant légal de.....
- ☐ en ma qualité d'intervenant professionnel dans la situation de

Certifie avoir pris connaissance des dispositions réglementaires concernant l'APA et la CMI, le cas échéant, et certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant au présent dossier.

Fait à

le.....

Signature :

FORMULAIRE A ENVOYER PAR COURRIER A :

MDA DE L'HERAULT
1350, rue d'Alco - BP 7370
34086 Montpellier Cedex 4

Cadre réglementaire

Les informations recueillies vous concernant font l'objet d'un traitement informatique, destiné à instruire votre demande auprès de la Maison Départementale de l'Autonomie (MDA) de l'Hérault, 1350 rue d'Alco, 34080 Montpellier. Ce traitement a pour finalités l'instruction des demandes de révision des personnes qui font une demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie, l'évaluation de la situation et des besoins des personnes âgées et de leurs proches aidants ainsi que de leurs ressources, le suivi des parcours individuels, la gestion de l'accueil des personnes qui s'adressent à la MDA, l'articulation avec les services en charge du versement de l'APA, la production de statistiques relatives aux usagers et à l'activité de la MDA.

Les données personnelles collectées sont conformes aux articles R232-40 et suivants du Code de l'Action Sociale et des Familles.

Les informations enregistrées concernant le demandeur, et s'il y a lieu son aidant, ne peuvent être conservées dans le système de traitement au-delà d'une période de cinq ans à compter de la date d'expiration de validité de la dernière décision intervenue ou pendant laquelle aucune intervention n'a été enregistrée dans le dossier de la personne handicapée.

Les agents de la MDA peuvent accéder au traitement de données selon leur habilitation.

Les articles R232-44 et R232-45 du CASF listent les catégories de personnes pouvant accéder aux données dans le cadre de la gestion de l'APA. Les informations enregistrées sont destinées aux services instructeurs du Département et peuvent être communiquées aux centres communaux d'action sociale (CCAS), les services d'aide et d'accompagnement à domicile, les établissements d'accueil de jour, aux organismes de retraite, la Maison Départementale des Personnes Handicapées et l'imprimerie Nationale (pour la gestion de la Carte Mobilité Inclusion).

Conformément aux articles 15 à 23 du Règlement Général de Protection des Données - RGPD et à la Loi informatique et libertés modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de limitation, de portabilité des informations qui vous concernent. Vous pouvez définir le sort de vos données après votre décès. Vous pouvez exercer vos droits, en justifiant de votre identité, en écrivant à l'adresse électronique : contact-md@herault.fr ou par courrier à : Maison Départementale de l'Autonomie de l'Hérault, 1350 Rue d'Alco - 34080 Montpellier ou le cas échéant au Délégué à la Protection des Données à l'adresse électronique : dpo@herault.fr

Fraude et fausse déclaration

Toute fraude, fausse déclaration ou falsification de document, toute tentative usurpée d'un droit, expose à des sanctions pénales et financières prévues par la loi (article L. 433,19, L. 441-7, L. 313,1, L. 313,3 du Code Pénal).