



1350 rue d'Alco
BP 7370
34 086 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 :
Si représentant légal, coordonnées :
Personne à contacter si besoin : Téléphone portable :
Courriel :

VOTRE DEMANDE

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

D'un changement dans ma situation personnelle

Changement de domicile :

Nouvelle adresse :

Date du déménagement :

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

Merci de préciser :

Sortie récente d'hospitalisation entraînant des difficultés dans les actes de la vie quotidienne :

(Certificat médical à joindre et remplir les items ci-dessous)

Date de retour à domicile :

D'une aggravation de ma situation entraînant des difficultés dans les actes de la vie quotidienne

(Certificat médical à joindre)

Actuellement, je rencontre des difficultés à réaliser SEUL(E) :

Mes transferts (m'asseoir, me lever, passer d'une position à l'autre)

Mes déplacements :

À l'intérieur de mon logement

À l'extérieur

- Mon hygiène corporelle
- La préparation de mes repas

Précisez si besoin :

- Autres difficultés rencontrées :

D'une prise en charge de :

- Téléalarme :

Tarif mensuel :

Joindre la copie du contrat et le courrier de mise en place

- Portage repas :

Nombre de repas / mois :

Nom du prestataire :

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

Somme mensuelle dédiée :

Précisez le type de protection :

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

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

D'une modification des intervenants¹ :

- Mise en place d'une intervention :

- En emploi direct (gré à gré)

- Mandataire

Nom mandataire :

Joindre la copie de la lettre de résiliation des interventions SAAD

- Mise en place d'un service d'aide et d'accompagnement à domicile, suite à la fin de l'intervention d'un emploi direct :

Nom du SAAD :

Date de début d'intervention :

Joindre les 6 derniers bulletins de salaire de l'emploi direct

- Changement de service d'aide et d'accompagnement à domicile :

Joindre la copie de la lettre de résiliation des interventions SAAD

Nom de l'ancien SAAD :

Date de fin d'intervention :

Nom du nouveau SAAD :

Date de début d'intervention :

¹ Tout changement doit être demandé avant le 15 du mois en cours pour prise en charge le 1^{er} du mois suivant.

D'une demande exprimée par mon aidant (dispositifs de répit)

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.

Nom de mon aidant principal :

Numéro de téléphone auquel il est joignable :

Courriel de mon aidant principal :

Contexte de la demande :

Accueil de jour :

Nom de l'établissement :

Date d'entrée envisagée :

Nombre de jours /semaine :

Hébergement Temporaire :

Nom de l'établissement :

Merci de joindre le justificatif précisant la date d'entrée et de sortie. Si cette condition n'est pas remplie, la demande ne sera pas étudiée.

Intervention d'un SAAD

Intervention d'une famille d'Accueil

De l'hospitalisation de mon aidant principal :

Hébergement Temporaire :

Nom de l'établissement :

Date d'entrée envisagée :

SAAD

Famille d'Accueil

Joindre bulletin d'entrée et transmettre bulletin de sortie de l'hôpital au plus tôt.

CARTE MOBILITE INCLUSION

DEMANDE DE CARTE MOBILITE INCLUSION (CMI)

<input type="checkbox"/> CMI Invalidité/priorité	Joindre un certificat médical et la fiche de demande
<input type="checkbox"/> CMI Stationnement	
<input type="checkbox"/> Renouvellement de CMI Invalidité/priorité	
<input type="checkbox"/> Renouvellement de CMI Stationnement	

Attestation sur l'honneur

L'utilisateur est-il informé de cette demande :

Oui

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).