

DÉPARTEMENT DE LA MARNE

SOLIDARITÉ
COLLÈGES
DÉVELOPPEMENT
LOCAL
INFRASTRUCTURES
ET TRANSPORT
ÉCONOMIE
SPORT
CULTURE
TOURISME

CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

N° de dossier :

DEMANDE D'ALLOCATION PERSONALISÉE D'AUTONOMIE

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES

Pour être déclaré complet, le présent dossier doit être complété et accompagné des pièces justificatives obligatoires.
Dès réception du dossier complet, un récépissé vous sera envoyé avec la date de dépôt officielle de la demande. Dès lors, vous serez informé de la décision dans un délai de 2 mois.

TOUT DOSSIER INCOMPLET NE POURRA ÊTRE INSTRUIT

DEMANDEUR

Nom :

Prénom :

Ville :

Canton :

DEMANDE D'APA

Cochez la case correspondant à votre situation

à domicile

en établissement

A LIRE ATTENTIVEMENT AVANT DE REMPLIR VOTRE DOSSIER

IL SE COMPOSE DE :

- La demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie à domicile ou en établissement, (uniquement pour les personnes accueillies dans un établissement hors Marne)
- La liste des pièces justificatives,

ATTENTION : n'envoyez que des copies, les originaux sont à conserver.

- *Pour une demande à domicile* : le certificat médical et la grille AGGIR ci-joints à faire compléter par votre médecin traitant et à joindre au dossier administratif, sous pli confidentiel.
- *Pour une demande en établissement hors Marne* : la grille AGGIR ci-jointe à faire compléter par l'équipe médico-sociale de l'établissement, visée par le médecin coordonnateur de l'établissement ou à défaut par votre médecin traitant.

CONSEILS POUR REMPLIR VOTRE DOSSIER :

- le présent dossier vous permet de solliciter deux types d'aide :
 - **Une aide à domicile** : la prestation accordée à une personne résidant à son domicile, chez ses enfants, chez une famille d'accueil ou en foyer logement, est destinée à la prise en charge des dépenses figurant dans un plan d'aide élaboré par l'équipe médico-sociale du Département. Ces dépenses, liées à la perte d'autonomie du bénéficiaire, serviront à la couverture, partielle ou totale, de différentes interventions comme la rémunération d'une aide à domicile, de téléalarme, de portage de repas, de garde de nuit, de transport, des frais d'accueil de jour, d'accueil temporaire ou d'aides techniques et d'adaptation du logement.
 - **Une aide en établissement (hors département de la Marne)** : la prestation accordée à une personne résidant en établissement ou qui envisage d'y entrer, est destinée à couvrir le montant des dépenses correspondant à son degré de dépendance, c'est-à-dire le tarif dépendance de l'établissement, diminué d'une participation qui reste à la charge du bénéficiaire.

POUR COMPLETER LE DOSSIER, METTRE UNE CROIX DANS LES CASES (☐) CORRESPONDANTES A VOTRE SITUATION :

- en l'absence de tuteur ou curateur, veuillez nous indiquer si une personne de votre entourage s'occupe plus particulièrement de la gestion de votre courrier administratif. Si tel est le cas, complétez l'encadré situé sous la signature intitulé « si vous avez un représentant », nous lui adresserons les courriers relatifs à votre demande et nous le contacterons en cas de besoin.
- s'agissant de la rubrique « BIEN DU FOYER » :

⇒ **BIENS IMMOBILIERS** : sont concernés tous les biens immobiliers dont vous êtes propriétaire, y compris les biens situés sur d'autres communes.

ATTENTION : si vous êtes seulement usufruitier de ces biens, vous n'êtes plus propriétaire.

⇒ **BIENS MOBILIERS** : sont concernés tous les placements d'épargne, bancaires ou sous forme d'assurance.

LORS DU DEPOT DE VOTRE DOSSIER ASSUREZ-VOUS QUE :

- Tous les imprimés sont dûment complétés et votre demande signée,
- Toutes les pièces justificatives accompagnent votre demande
- Le certificat médical accompagné de la grille AGGIR est remis sous l'enveloppe jointe et cachetée pour une demande à domicile.
- La grille AGGIR complétée pour une demande en établissement

DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE PIECES A FOURNIR

Pour l'évaluation de la dépendance

- Pour une demande à domicile : un certificat médical accompagné d'une grille AGGIR joint au dossier à faire compléter par votre médecin traitant et à joindre au dossier administratif sous pli confidentiel.
- Pour une demande en établissement (hors département de la Marne) : une grille AGGIR jointe au dossier, à faire renseigner par l'équipe médico-sociale de l'établissement et viser par le médecin coordonateur de l'établissement, ou à défaut par votre médecin traitant.

Pour l'état civil et la protection de la personne

- Copie lisible et complète du livret de famille régulièrement tenu à jour ou de la carte nationale d'identité ou du passeport de l'Union Européenne ou un extrait de naissance.
- Si vous êtes de nationalité étrangère : copie recto/verso de la carte de résidence ou du titre de séjour.
- Si vous faites l'objet d'une mesure de protection : copie de l'ordonnance judiciaire (cf. tutelle, curatelle ou sauvegarde de justice)

Pour l'évaluation des ressources et du patrimoine

- Copie recto/verso du dernier avis d'imposition ou de non imposition sur le revenu.
- Copie du dernier avis de taxe foncière sur les propriétés bâties et non bâties, à défaut un extrait de la matrice cadastrale faisant apparaître la valeur locative de la propriété (à retirer pour Reims au Centre des Impôts Fonciers – 136, rue Gambetta - 51080 REIMS Cedex et pour les autres communes à la mairie), ou en l'absence de l'un et l'autre, une copie du dernier avis de taxe d'habitation.

Pour l'évaluation du besoin d'aide

- Si vous bénéficiez d'une aide ménagère au titre de votre caisse de retraite principale : copie du justificatif de prise en charge précisant le nombre d'heures et le montant de votre participation.
- Si vous êtes hébergé(e) dans une maison de retraite en dehors du département de la Marne : une copie de l'arrêté de tarification de l'établissement à demander à la maison de retraite.
- En cas d'hospitalisation : fournir les bulletins d'hospitalisation.

Pour le paiement

- Un relevé d'identité bancaire ou un relevé d'identité postal

ADRESSE D'ENVOI

DIRECTION DE LA SOLIDARITE DEPARTEMENTALE
Service **Solidarité, Grand Age et Handicap**
A.P.A.
2, bis rue de Jessaint – CS 30454
51038 CHALONS EN CHAMPAGNE CEDEX

Tél. : 03. 26. 69. 56. 56

ETAT CIVIL

	DEMANDEUR			Conjoint/Concubin		
	M <input type="checkbox"/>	Mme <input type="checkbox"/>	Melle <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	Mme <input type="checkbox"/>	Melle <input type="checkbox"/>
NOM MARITAL						
NOM DE NAISSANCE						
PRENOM						
Date et Lieu de naissance						
Nationalité						
N° de sécurité sociale						

Faites-vous (ou votre conjoint) l'objet d'une mesure de protection ?

Tutelle Curatelle Sauvegarde

Si oui, précisez les noms et coordonnées du Tuteur :

SITUATION FAMILIALE

* Si vous êtes seul(e), vous êtes

Célibataire Séparé(e) Divorcé(e) Veuf(ve)

Date de décès du conjoint, concubin, pacte civil de solidarité :

* Si vous vivez en couple, vous êtes

Mariés Concubins Pacte civil de solidarité

ADRESSE

* Quelle est votre adresse actuelle ?

Numéro de la Rue Nom de la Rue

Commune Code Postal

Téléphone

Depuis quelle date habitez-vous à cette adresse ?

Précisez s'il s'agit :

du domicile de vos enfants

d'un foyer logement, d'une résidence pour personnes âgées ou d'une MARPA

d'une maison de retraite

d'une famille d'accueil (particulier accueillant à titre onéreux dans le cadre de la loi du 10 juillet 89)

d'une élection de domicile auprès d'un organisme agréé, précisez le nom de l'organisme :

Autre, précisez :

* Quelle était votre adresse précédente ?

Numéro de la Rue Nom de la Rue

Commune Code Postal

* Quelle est l'adresse de votre conjoint, concubin ou pacte civil de solidarité si elle est différente de la vôtre ?

RESSOURCES

RETRAITES PRINCIPALES ET COMPLEMENTAIRES

Retraites principales et complémentaires	Montant MENSUEL perçu par	
	Par vous	Conjoint

AUTRES RESSOURCES perçues par vous ou votre conjoint, concubin, pacte civil de solidarité :

AUTRES RESSOURCES			Montant MENSUEL perçu	
			Par vous	Par votre conjoint
Salaires	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON		
Pensions alimentaires (versée par un ex-conjoint)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON		
Rente accident du travail	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON		
Rente ou pension d'invalidité	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON		
Pension de guerre	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON		
Pension militaire (invalidité, blessure ...)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON		
Pension veuve de guerre	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON		
Pension victime de guerre	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON		
Majoration tierce personne	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON		
Allocation adulte handicapé	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON		
Allocation compensatrice tierce personne	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON		
Rente viagère				
Qui vous verse cette rente ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON		
Assurance privée dépendance	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON		
Autres ressources :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON		

BIENS DU FOYER

* Etes-vous propriétaire d'un bien bâti ? OUI NON

Si OUI, précisez en la nature (appartement, immeuble, maison, fond de commerce ...) :

Adresse :

S'agit-il de votre résidence principale : OUI NON

Percevez-vous un loyer ? OUI Montant :/mois NON

* Etes-vous propriétaire d'un bien non bâti ? OUI NON
 Si OUI, précisez en la nature (bois, terres agricoles et/ou viticoles, terrains ...) : et la superficie
 Ces biens sont-ils exploités ? OUI NON
 Quel est le montant du revenu issu de cette exploitation ? /an

BIENS MOBILIERS ET EPARGNE

* Percevez-vous des revenus de capitaux mobilier ?
 Actions Obligations SICAV Autres produits, précisez :
 Quelle est la valeur en capital du portefeuille ? /an

* Possédez-vous des livrets ou des comptes productifs d'intérêts ? OUI NON
 (type livret A, CODEVI, LEP, ...)

Nature	Montant du capital	Intérêts annuels

* Avez-vous souscrit un contrat d'assurance vie ? OUI NON
 Si oui, veuillez préciser la nature, le nom de l'organisme d'assurance ainsi que le montant du capital acquis :

SERVICES INTERVENANT A VOTRE DOMICILE

* Aide à domicile :
 - Rémunérée
 Bénéficiez-vous d'une prise en charge ? OUI NON
 Caisse de Retraite précisez laquelle :
 nombre d'heures accordées : /mois
 Montant :
 Aide Sociale du Département

Précisez les coordonnées du service intervenant à votre domicile : (association) ou de la personne que vous employez directement :

- Bénévole
 Nom et adresse de la personne apportant l'aide :

* Portage de repas : OUI NON
 Nom et adresse du service assurant le portage de repas :

* Service des Soins Infirmiers à Domicile : OUI NON

* Téléalarme : OUI NON

Déclaration sur l'honneur

Je soussigné(e) agissant en mon nom propre / en ma qualité de représentant (1) certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements contenus dans cette demande :

A, le

Signature du Demandeur

En cas de rejet de votre demande, autorisez-vous le Conseil général à transmettre votre dossier à votre caisse de retraite principale pour une étude de vos droits ?

Oui

Non

Si vous avez un représentant

votre tuteur

votre curateur

un parent

autre

Lien de parenté ou qualité :

Ses noms et prénom :

Son adresse :

Téléphone :

Nous lui adresserons les courriers et le contacterons en cas de besoin

A LIRE ATTENTIVEMENT

L'article L232-16 du Code de l'Action Sociale et des Familles prévoit que les services chargés de l'évaluation des droits de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie peuvent demander toutes informations nécessaires aux administrations publiques notamment aux administrations fiscales, aux collectivités territoriales, aux organismes de sécurité sociale et de retraite complémentaire.

Le décret n° 54.883 du 02 septembre 1954 prévoit qu'en cas de déclaration incomplète ou erronée, il peut être procédé à la révision de l'aide apportée, et au remboursement des sommes indûment perçues.

Dispositions relatives à la loi du 6 janvier 1978 :

Les traitements relatifs à cette demande sont informatisés. Ils sont donc soumis aux dispositions de la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978 qui protège les droits et libertés individuels.

Conformément à l'article 27 de cette loi, les personnes auprès desquelles sont recueillies des informations nominatives sont informées que :

- Toutes les réponses aux différents questionnaires sont obligatoires. Un défaut de réponse entraînera des retards ou une impossibilité dans l'instruction du dossier.
- Les destinataires des informations collectées sont exclusivement les administrations et organismes habilités à connaître des dossiers d'aide à domicile ou en établissement hors Marne.
- En tout état de cause, les personnes concernées ont un droit d'accès et de rectification des informations nominatives stockées ou traitées informatiquement. Pour l'exercice de ce droit, il convient de vous adresser selon la prestation dont vous bénéficiez, en justifiant de votre identité, à : Monsieur le Président du Conseil général de la Marne, 2 bis rue de Jessaint - CS 30454 - 51038 CHÂLONS EN CHAMPAGNE CEDEX.

(1) Rayer la mention inutile

Demande de versement de l'Allocation Personnalisée en Etablissement
Réf : art L 232-15 du Code de l'Action Sociale et des Familles

Madame, Monsieur,

Vous avez déposé une demande d'**Allocation Personnalisée d'Autonomie en Etablissement**.

Au cas où celle-ci vous serait accordée, je souhaiterais d'ores et déjà, que vous m'indiquiez si vous souhaitez qu'elle vous soit versée personnellement ou bien qu'elle soit réglée directement à l'établissement qui vous accueille.

Bien entendu, ce choix n'est pas définitif, et peut faire l'objet d'une modification, à tout moment, si vous le souhaitez, sur demande écrite. Je vous remercie de bien vouloir remplir le formulaire ci-dessous en indiquant votre choix et le transmettre à mes services au moyen de l'enveloppe jointe.

✂-----

Je soussigné(e) M., Mme, Mlle -----

Hébergé(e) à l'EHPAD de -----

souhaite que l'APA :

- soit versée **sur mon compte bancaire***

oui

non

Si oui, n'oubliez pas de joindre votre RIB.

- soit réglée par le Conseil Général à l'**Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes*** qui m'accueille

oui

non

*** Veuillez cocher la case correspondant à votre souhait.**

A

le

Signature du bénéficiaire

COMMENT SERA MENEÉ L'INSTRUCTION DE VOTRE DOSSIER ?

Dès réception de votre dossier complet, un récépissé accusant réception de votre demande vous sera envoyé. Si votre dossier est incomplet, une demande de pièces complémentaires vous sera également adressée. Un second accusé de réception fixant la date de votre dossier est déclaré complet vous sera alors envoyé.

ATTENTION : seule la date de dépôt du dossier complet commande l'ouverture des droits.

- Si vous remplissez les conditions administratives :

◆ Demande à domicile :

1 - Si vous ne répondez pas aux critères de dépendance, vous serez invité à déposer une demande d'aide sociale, ou à contacter votre caisse de retraite principale afin d'examiner vos droits au titre de l'aide ménagère.

2 - Si vous répondez aux critères de dépendance définis par la loi, l'assistante sociale ou l'infirmière, lors de sa visite à votre domicile, élaborera avec vous un plan d'aide, déterminant les interventions nécessaires. Ce plan d'aide vous sera proposé par écrit et vous indiquera également le montant de votre participation. Vous disposerez alors d'un délai de dix jours à compter de la date de réception de la proposition pour en envoyer un exemplaire avec votre accord ou pour présenter vos observations et en demander la modification. Si vous refusez ce plan d'aide, une nouvelle proposition qui sera définitive vous sera adressée **sous huit jours** à réception de votre désaccord. Vous disposez du cadre « observations » pour porter vos éventuelles demandes de modifications. En cas de refus exprès de la nouvelle proposition ou sans réponse de votre part **dans un délai de 10 jours, votre demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie sera considérée comme refusée.**

ATTENTION : le bénéficiaire de l'APA peut employer un ou plusieurs membres de sa famille à l'exception de son conjoint, concubin ou la personne avec qui il a conclu un PACS.

◆ **Demande en établissement hors Marne :**

La grille AGGIR, complétée par l'équipe médico-sociale de l'établissement d'accueil puis validée par le médecin coordonnateur de l'établissement, détermine vos droits à l'APA au regard de votre perte d'autonomie.

Une participation est laissée à votre charge, elle sera déterminée en fonction de vos ressources. La décision du Président du Conseil Général concernant le financement de l'APA à domicile ou en établissement hors Marne et la participation éventuelle restant à votre charge devra vous parvenir dans un délai maximum de 60 jours suivant la date de réception de votre dossier complet.

ATTENTION : l'allocation personnalisée d'autonomie n'est cumulable ni avec l'Allocation Compensatrice Tierce Personne (ACTP), ni avec la Majoration pour aide constante d'une Tierce Personne (MTP), ni avec la prestation légale d'aide ménagère, ni avec la Prestation de Compensation du Handicap (PCH).

A l'attention du médecin traitant

Concernant la demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie à **Domicile**

Le certificat médical vous est présenté par votre patient, à l'appui de sa demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie. Il me sera transmis sous pli fermé, avec la mention « secret médical ».

Cette allocation est accordée aux personnes en perte d'autonomie (évaluée à l'aide de la grille nationale AGGIR) et **âgées de plus de 60 ans**.

L'APA est une prestation en nature. Elle va solvabiliser (pour tout ou en partie) un plan d'aide médico-social élaboré au domicile de votre patient par un professionnel médico-social du Département. Ce dernier rencontre la personne âgée, la famille, les aidants, et toute autre personne intervenant auprès de cette personne. Vous pouvez donc participer à cette rencontre ou prendre contact avec notre service.

Les aides possibles les plus fréquentes sont :

- aide ménagère et/ou auxiliaire de vie, et/ou garde itinérante
- téléalarme
- portage des repas
- matériel d'hygiène à usage unique (protections.....)
- achats de matériel de compensation de la perte d'autonomie
- accueil de jour et accueil temporaire en établissement médico-social.

Votre certificat médical et votre analyse de la situation vont aider à la mise en place de ce plan d'aide, au plus près des besoins de votre patient et complémentaire à votre plan de soins (soins médicaux, soins infirmiers, SSIAD, kinésithérapie, aides techniques....). L'écart entre l'étude des déficiences et celle des conséquences de la perte d'autonomie (grille AGGIR) implique la mise en place d'aides différentes mais complémentaires.

DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE

A DOMICILE

Loi n° 2001-647 et décret n° 2001-1084

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

DESTINÉE AU MÉDECIN DU SERVICE APA

ETAT CIVIL DU DEMANDEUR

NOM :

Prénom :

NOM de naissance :

Homme

Femme

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE :

TELEPHONE :

ETAT DE SANTE

Poids :

Taille :

PATHOLOGIE

Préciser date d'apparition pour les événements aigus (fracture, AVC, etc..)

EVOLUTIVITE

LES DEFICIENCES

DEFICIENCE DU PSYCHISME :	NON	LEGERE	SEVERE
<i>Déclin intellectuel</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Troubles de la mémoire</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Troubles de l'orientation temporo-spatiale</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Dépression</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Psychose</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ETAT PSYCHOLOGIQUE	<i>Coopérant</i> <input type="checkbox"/>	<i>Opposant</i> <input type="checkbox"/>	<i>Démissionnaire</i> <input type="checkbox"/>

DEFICIENCES DU LANGAGE ET DE LA PAROLE	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>
<i>Conversation possible :</i>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>
<i>Dysarthrie</i> <input type="checkbox"/>	<i>Dyslexie</i> <input type="checkbox"/>	<i>Aphasie</i> <input type="checkbox"/> <i>Mutité</i> <input type="checkbox"/>

DEFICIENCES SENSORIELLES <i>Auditives :</i>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>
<i>Impose de parler fort</i> <input type="checkbox"/>	<i>Gêne sévère</i> <input type="checkbox"/>	<i>Surdité totale</i> <input type="checkbox"/>
DEFICIENCES SENSORIELLES <i>Visuelles :</i>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>
	<i>Gêne sévère</i> <input type="checkbox"/>	<i>Vision nulle</i> <input type="checkbox"/>

DEFICIENCE DE LA MASTICATION et DEGLUTITION	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>
<i>Si oui, besoin d'alimentation :</i>	<i>solide coupée</i> <input type="checkbox"/>	<i>moulinée</i> <input type="checkbox"/> <i>semi-liquide</i> <input type="checkbox"/>

DEFICIENCE DE L'APPAREIL CARDIO RESPIRATOIRE	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>
<i>Insuffisance cardiaque décompensée</i>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>
<i>Insuffisance respiratoire décompensée</i>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>
<i>O² à domicile</i>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>

DEFICIENCES APPAREIL LOCOMOTEUR	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>
MARCHE :	<i>aisée</i> <input type="checkbox"/>	<i>difficile</i> <input type="checkbox"/> <i>impossible</i> <input type="checkbox"/>
Existence d'un appareillage Type à préciser :	<i>Cannes</i> <input type="checkbox"/>	<i>Déambulateur</i> <input type="checkbox"/>
	<i>Fauteuil roulant à propulsion manuelle</i> <input type="checkbox"/>	<i>Fauteuil roulant à propulsion électrique</i> <input type="checkbox"/>
RACHIS : atteintes à préciser :		
MEMBRES SUPERIEURS :	MEMBRES INFERIEURS :	
<i>Articulaire</i> <input type="checkbox"/>	<i>Articulaire</i> <input type="checkbox"/>	
<i>Amputation</i> <input type="checkbox"/>	<i>Amputation</i> <input type="checkbox"/>	
<i>Parésie</i> <input type="checkbox"/>	<i>Parésie</i> <input type="checkbox"/>	
<i>Paralysie</i> <input type="checkbox"/>	<i>Paralysie</i> <input type="checkbox"/>	
Atteinte droite ou gauche à préciser		

DEFICIENCE DE LA CONTINENCE urinaire	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>
DEFICIENCE DE LA CONTINENCE fécale	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>
Autres : préciser		

BESOINS DE SERVICES MEDICO-SOCIAUX

SOLIDARITÉ
 COLLÈGES
 DÉVELOPPEMENT LOCAL
 INFRASTRUCTURES ET TRANSPORT
 ÉCONOMIE
 SPORT
 CULTURE
 TOURISME

	Existe déjà	Serait nécessaire	N'est pas nécessaire
AUXILIAIRE DE VIE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AIDE MENAGERE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GARDE A DOMICILE DE NUIT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ASSISTANTE SOCIALE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TELE-ALARME	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PORTAGE DE REPAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AMENAGEMENT DU DOMICILE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ACCUEIL DE JOUR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ACCUEIL TEMPORAIRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AUTRES (à préciser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BESOINS D'AIDE TECHNIQUE AUTRES QUE POUR LA DEAMBULATION

	Existe déjà	Serait nécessaire	N'est pas nécessaire
LIT MEDICAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SOULEVE MALADE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
APPAREIL DE VERTICALISATION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CHAISE PERCEE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MATERIEL HYGIENE USAGE UNIQUE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AUTRES (à préciser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BESOINS DE SOINS MEDICAUX ET PARA MEDICAUX

	Existe déjà	Serait nécessaire	N'est pas nécessaire
SUIVI PSYCHIATRIQUE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
REEDUCATION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SOINS INFIRMIERS :			
- Soins techniques infirmiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Soins d'hygiène et de prévention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Préparation des médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres soins (à préciser)			
TRAITEMENT MEDICAMENTEUX			

ENVIRONNEMENT SOCIAL / CONTEXTE SOCIAL

Totalement seul

Seul mais entouré

En couple

Accueilli

ROLE DE L'ENTOURAGE

ANALYSE ET CONCLUSIONS DU MEDECIN TRAITANT

- Nom du Médecin qui a rempli la fiche :

- Téléphone :

- Date

Signature - Cachet

GRILLE A . G . G . I . R

(AUTONOMIE, GERONTOLOGIE, GROUPE ISO RESSOURCES)

Pour le médecin qui désire recevoir le guide de l'évaluation de la personne âgée en perte d'autonomie, vous pouvez vous adresser au Service Solidarité, Grand Age et Handicap (n° 03.26.69.56.56 accueil).

VARIABLES DISCRIMINANTES

Permettant de déterminer le Groupe Iso-Ressources de la personne âgée

A = Fait seul totalement, habituellement, correctement.
B = Fait partiellement.
C = Ne fait pas.

1 - **COHERENCE** Converser et/ou se comporter de façon logique et sensée A B C

2 - **ORIENTATION** Se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux. A B C

3 - **TOILETTE DU HAUT** Assurer son hygiène corporelle (incluant rasage et coiffage) A B C

TOILETTE DU BAS non compris les ongles des orteils A B C

HABILLAGE DU HAUT Passer des vêtements par la tête et/ou les bras A B C

4 - **HABILLAGE MOYEN** Boutonner, mettre une fermeture éclair, des pressions une ceinture ou des bretelles. A B C

HABILLAGE DU BAS Passer les vêtements par le bas du corps, y compris les chaussettes, les bas et les chaussures. A B C

5 - **ALIMENTATION : SE SERVIR** Couper la viande, peler un fruit, remplir son verre ouvrir un pot de yaourt A B C

ALIMENTATION : MANGER Porter les aliments et les boissons à la bouche et les avaler A B C

6 - **ELIMINATION URINAIRE** Assurer l'hygiène de l'élimination A B C

ELIMINATION ANALE Assurer l'hygiène de l'élimination A B C

7 - **TRANSFERTS** Se lever, se coucher, s'asseoir. Passer d'une des 3 positions à une autre, dans les 2 sens. A B C

8 - **DEPLACEMENTS A L'INTERIEUR** Avec ou sans canne, déambulateur fauteuil roulant. A B C

9 - **DEPLACEMENT A L'EXTERIEUR** A partir de la porte d'entrée, sans moyen de transport A B C

10 - **COMMUNICATION A DISTANCE** Utiliser les moyens de communication : téléphone, alarme, sonnette, dans le but d'alerter. A B C

DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE EN ÉTABLISSEMENT

(uniquement pour les personnes accueillies dans un établissement hors Marne)
Loi n° 2001-647 et décret n° 2001-1084

**A REMPLIR PAR L'ÉQUIPE SOIGNANTE DE L'ÉTABLISSEMENT
ET A VISER PAR LE MÉDECIN COORDONATEUR DE L'ÉTABLISSEMENT
OU PAR LE MÉDECIN TRAITANT DU DEMANDEUR**

GRILLE A.G.G.I.R. (voir verso)
(Autonomie, Gérontologie, Groupe Iso-Ressources)

NOM ET ADRESSE DE L'ÉTABLISSEMENT D'ACCUEIL :

TELEPHONE :

DATE D'ENTRÉE :

ÉTAT CIVIL DU DEMANDEUR

NOM :

Prénom :

NOM de naissance :

Homme

Femme

DATE DE NAISSANCE :

Fiche d'évaluation

NOM et Prénom :

Service :

N° éventuel du dossier :

AGGIR version 2008

Activités réalisées par la personne seule <i>*cocher la/les case(s) concernée(s)</i>		Ne fait pas *	Adverbes *				Aucun adverbe ne pose problème
			S	T	C	H	
1.	Transferts <i>Se lever, se coucher, s'asseoir, dans le deux sens</i>	<input type="checkbox"/>					
2.	Déplacements à l'intérieur <i>Se déplacer à l'intérieur du lieu de vie</i>	<input type="checkbox"/>					
3.	Toilette du haut <i>Assurer son hygiène corporelle (ne comprend pas le dos)</i>	<input type="checkbox"/>					
	Toilette du bas <i>(Ne comprend pas les ongles des orteils)</i>	<input type="checkbox"/>					
4.	Elimination urinaire <i>Assurer la propreté des éliminations urinaires</i>	<input type="checkbox"/>					
	Elimination fécale <i>Assurer la propreté des éliminations fécales</i>	<input type="checkbox"/>					
5.	Habillage du haut <i>Habillage, déshabillage, choix, préparation</i>	<input type="checkbox"/>					
	Habillage moyen <i>Bretelles, ceinture, boutons</i>	<input type="checkbox"/>					
	Habillage du bas	<input type="checkbox"/>					
6.	Alimentation : se servir <i>Couper sa viande, se servir un verre d'eau, ouvrir un pot de yaourt, peler un fruit</i>	<input type="checkbox"/>					
	Alimentation : manger <i>Porter les aliments à la bouche et les avaler</i>	<input type="checkbox"/>					
7.	Alerter <i>Utiliser un moyen de communication pour alerter</i>	<input type="checkbox"/>					
8.	Déplacements à l'extérieur <i>En dehors du lieu de vie</i>	<input type="checkbox"/>					
9.	Orientation dans le temps	<input type="checkbox"/>					
	Orientation dans l'espace	<input type="checkbox"/>					
10.	cohérence : communication <i>Communiquer de façon logique et sensée par rapport aux normes sociales</i>	<input type="checkbox"/>					
	cohérence : comportement <i>Agir et se comporter de façon logique et sensée par rapport aux normes sociales</i>	<input type="checkbox"/>					

C - Ne fait pas : La personne ne réalise jamais seule une d'activité et il faut faire à la place ou faire faire, ou bien la réalisation partielle est telle qu'il faille tout refaire. Si la case NE FAIT PAS est cochée, il est inutile de cocher les 4 suivantes (STCH).

A - Aucun adverbe ne pose problème : l'activité est réalisée à la seule initiative de la personne, en totalité et correctement, chaque fois que nécessaire.

B - STCH : l'activité est en partie assurée par la personne seule. Dans ce cas, identifier 1 ou 2 ou 3 adverbes, celui ou ceux qui posent problème, et qui rend ou rendent indispensable l'intervention d'un tiers : **S**pontanément - **T**otalement - **C**orrectement - **H**abituellement

SIGNATURE DU MEDECIN COORDONATEUR

Fait le.....