

**Demande d’attribution d’urgence de**

**L’allocation personnalisée d’autonomie (APA) à domicile**

**Demandeur**

Nom Fonction

Organisme

Date : signature et Cachet :

**Bénéficiaire**

*Réservé à la MDS*











Nom Prénom

Nom de naissance si différent :

Né(e) le : à

*Pour les personnes non ressortissantes françaises,* date de fin de validité du titre de séjour :

Situation familiale : ❑Célibataire ❑Veuf(ve) ❑Marié(e)

❑Pacsé(e) ❑Divorcé(e) ❑Séparé(e) ❑Vie maritale

Numéro de Sécurité sociale :

Caisse de retraite principale :

**Le demandeur donne son accord pour transmettre cette demande au département de Seine-et-Marne.**

Signature du bénéficiaire :

❑Incapacité à signer *(si coché, expliqué pourquoi)*

**Résidence**

Adresse :

Complément d’adresse (bâtiment, code d’accès,…) :

Téléphone :

Date d’arrivée à cette adresse :

Résidence Autonomie ❑oui ❑non

*Si la personne est arrivée, il y a moins de 3 mois, à cette adresse ou qu’elle réside en résidence autonomie, précisez l’adresse complète de la résidence antérieure*

*Réservé à la MDS*









**Présence d’aidants :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom  | Nature du lien  | Coordonnées (téléphone) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Autre référent :

**Motif de la demande d’Urgence**

❑ Retour à domicile à l’issue d’une hospitalisation sans aide à domicile ni aidant déjà en place

* Début de l’hospitalisation :
* Fin de l’hospitalisation :

❑ Rupture inattendue de l’aide apportée à la personne âgée dépendante par un aidant familial ou de voisinage

Type d’aide demandée au professionnel :

❑Repas ❑Coucher/lever ❑Toilette ❑Courses

❑Change de protection ❑Entretien du logement ❑ Autre (précisez)

Participation de la mutuelle ❑oui ❑non

Si non, pourquoi ?

**Autres aides humaines sollicitées :**

Aide Humaine :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Type d’intervenant | Date de la demande | Accord/refus | Type d’aide apportée | Rythme de passage |
| Infirmière libérale |  |  |  |  |
| SSIAD |  |  |  |  |
| HAD |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

*Réservé à la MDS*







Portage de repas mis en place : ❑oui ❑non ❑non pertinent

*Si non, ou non pertinent, expliquer pourquoi :*

**Prestataire sollicité**

Nom

Coordonnées

Date du début des interventions

Rythme prévu

Un dossier d’APA a été remis à la personne ou à ses proches ❑oui ❑non

Date :

Dossier n°

Nom du travailleur social :

❑ Admission à compter du :

A la MDS de

❑ Rejet le …/…/…..

Motif du rejet :

 Pour le Président de Conseil départemental

 Et par délégation,

Informations complémentaires nécessaires à la compréhension de la situation :

*Réservé à la MDS*

Nom de l’évaluateur APA ayant traité la demande :

MDS de

❑ Admission à compter du :

❑ Rejet Motif du rejet :

Date :

Signature :

**NOTICE D’INFORMATION**

* Les demandeurs d’une APA en urgence (APA U), doivent réunir les conditions suivantes :
* Avoir plus de 60 ans
* Présenter un degré de dépendance équivalent à un GIR 1, 2, 3 ou 4, de manière durable
* Avoir besoin d’un professionnel de l’aide à domicile pour l’aider à assurer la toilette, la prise de repas, le change de protections et/ou les transferts.
* Se trouver dans l’une des situations suivantes :
	+ Revenir à domicile à l’issue d’une hospitalisation, sans aide à domicile ni aidant déjà en place avant hospitalisation
	+ Rupture inattendue de l’aide effective apportée à la personne âgée
* Ne pas bénéficier d’une prise en charge d’aide à domicile par un autre organisme (mutuelle, caisse de retraite, MDPH, …)

S’il s’agit d’une sortie d’un établissement de santé, la demande doit être faite dans les 8 jours de la sortie.

L’entretien du logement n’est pas pris en charge dans le cadre d’une demande d’APA d’Urgence.

* Document nécessaire à l’attribution de l’APA U
* Justificatif d’identité avec la date de validité du titre de séjour pour les non ressortissants français.
* Justificatif de l’adresse de la personne
* Si la personne est arrivée il y a moins de 3 mois à cette adresse ou qu’elle réside en résidence autonomie, justificatif de l’adresse de la résidence antérieure.
* Durée d’octroi

L’APA U a une durée d’attribution de 2 mois.

Il appartient à la personne de déposer un dossier APA à Domicile, afin d’être prise en charge au-delà de cette durée.

* Prestations prises en charge

L’APA en Urgence finance uniquement l’intervention d’un service d’aide et d’accompagnement à domicile, prestataire, autorisé, sur facture de ce dernier. Son nom et ses coordonnées doivent être indiqués dans la demande.

Le prestataire devra être en mesure d’intervenir dans les 48h de la sortie.

Si la demande est effectuée en cours de mois, l’allocation sera versée au prorata du nombre de jours restants dans le mois.

* Hospitalisation

Si une hospitalisation de moins de 30 jours survient après l’accord d’APA U, les droits APA U sont suspendus, puis décalés d’autant.

Si une hospitalisation de plus de 30 jours survient après l’accord d’APA U, les droits d’APA U sont clôturés.

Il appartient à la personne d’avertir le département de son hospitalisation.

La demande est à adresser à l’équipe APA du secteur concerné :