FORMULAIRE
DE DEMANDE

Loire
LE DÉPARTEMENT

DÉROGATION D'ÂGE POUR UNE ENTRÉE DANS UN ÉTABLISSEMENT POUR PERSONNES AGÉES

Ce formulaire doit être accompagné du certificat médical en annexe

(modèle CERFA 16301*01 certificat médical pour demander l'APA à domicile avec ou sans demande de CMI)

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DEMANDEUR

	DEMANDEUR	◯ Conjoint ◯ Concubin ◯ Partenaire PACS
Nom - Prénom		
Nom de naissance		
Date et lieu de naissance		
N° de sécurité sociale		
Nationalité	◯ Français ◯ Ressortissant Union Européenne ◯ Ressortissant hors Union Européenne	◯ Français ◯ Ressortissant Union Européenne ◯ Ressortissant hors Union Européenne
Date d'arrivée en France (si ressortissant étranger)		
Situation de famille du demandeur	◯ Célibataire ◯ Veuf ◯ Marié / séparé ◯ Concubin ◯ Divorcé ◯ Partenaire PACS	

Mentionnez si vous faites l'objet d'une mesure de protection :

◯ sauvegarde de justice ◯ tutelle ◯ curatelle simple ◯ curatelle renforcée

◯ autre (précisez : mesure d'accompagnement judiciaire, habilitation familiale...)

Nom et adresse de l'organisme ou de la personne chargée de la gestion des biens :

Tél. Mail :

ADRESSE ACTUELLE DU DEMANDEUR

Tél. Mail :

Précisez s'il s'agit :

◯ du domicile

◯ de l'établissement d'hébergement (précisez le dernier domicile avant l'entrée en établissement :

◯ de l'accueil familial par un particulier à domicile à titre onéreux

◯ Autre (ex : chez un enfant, un parent...)

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DEMANDEUR

- Êtes-vous dans l'emploi actuellement ?

◯ Oui en milieu ordinaire ◯ Oui en milieu protégé ◯ Non

- Bénéficiez-vous ou avez-vous des demandes en cours concernant des dispositifs d'aide à domicile (ex : interventions d'infirmières ou d'aides à domicile...) ?

◯ Oui ◯ Non

Si oui, lesquels ?

- Bénéficiez-vous ou avez-vous des demandes en cours à la MDPH ?

◯ Oui ◯ Non

Pour quels motifs souhaitez-vous rentrer en établissement pour personnes âgées avant 60 ans ?

Auprès de quels établissements pour personnes âgées envisagez-vous de faire des demandes ?

Le Département vous informe du rapprochement possible auprès de la MDPH pour consulter vos droits et avoir accès à votre dossier dans le cadre de l'évaluation de cette demande de dérogation d'âge.

Fait à Le Signature de l'intéressé ou de son représentant légal

Ce formulaire ne vaut pas demande d'aide sociale à l'hébergement. En cas de difficultés afin de régler des frais d'hébergement, il sera nécessaire de remplir un dossier d'aide sociale à l'hébergement et de le déposer auprès du CCAS de la commune où vous résidiez avant votre entrée en établissement

OÙ DÉPOSER VOTRE DOSSIER ?

Par voie postale :
DÉPARTEMENT DE LA LOIRE
Maison Loire Autonomie
2 rue Charles de Gaulle
42022 SAINT-ÉTIENNE

Pour déposer :
MLA MONTBRIDON : 53 rue de la République - 42600 Montbrison
MLA ROANNE : 31-33 rue Alexandre Raffin - 42300 Roanne
MLA SAINT-CHAMOND : 17 bis boulevard Waldeck Rousseau - 42400 Saint-Chamond
MLA SAINT-ÉTIENNE : 37 rue Rouget de Lisle - 42000 Saint-Étienne

Pour nous contacter : 04 77 49 91 91

INFORMATIONS SUR LE TRAITEMENT DE VOS DONNNES PERSONNELLES

Responsable du traitement : *Département de la Loire*
Base légale : *mission d'intérêt public - article L 111-4 du Code de l'action sociale et des familles*
Pourquoi vos données sont collectées ? *Pour instruire votre demande, si vous ne fournissez pas les informations demandées, votre dossier sera traité avec retard ou ne pourra pas être traité.*
Destinataires des données :
- *Les agents dûment habilités au sein du Département*
- *Les agents dûment habilités de la Maison Départementale des personnes handicapées (MDPH) si vous avez demandé la Carte Mobilité inclusion (CMI), la Prestation de Compensation du Handicap (PCH), ou une orientation en établissement médico-social*
- *Les établissements d'hébergement pour la mise en œuvre de l'aide*

Durée de conservation : *6 ans à compter de la cessation des droits du demandeur.*
Droit d'accès et de rectification :
Il peut être exercé auprès du Délégué à la protection des données du Département :
- *Soit par courrier : Département de la Loire – Délégué à la protection des données – 2 rue Charles de Gaulle – 42022 SAINT-ÉTIENNE CEDEX 1*
- *Soit par messagerie électronique : rgpd@loire.fr*

Si vous rencontrez des difficultés dans l'exercice de vos droits, vous avez également la possibilité de saisir la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) - 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté Égalité Fraternité

cerfa

Certificat médical pour demander l'APA à domicile avec ou sans demande de CMI

Annexe
Ce certificat médical peut être joint sous pli cacheté au dossier de demande lorsque le demandeur sollicite l'APA auprès du département.

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.

Celui-ci est adressé à l'équipe médico-sociale (EMS) en charge de l'APA du département. Il peut donner lieu à un échange et un partage d'informations au sein de l'EMS APA qui constitue une équipe de soins.

1. Coordonnées du patient

Nom de naissance : .....

Nom d'usage (si différent) : .....

Prénom(s) : .....

Date de naissance : .....

Adresse (numéro et rue) : .....

Code postal : ..... Commune / ville : .....

2. Pathologies et signes cliniques contribuant à l'atteinte de l'autonomie

Indiquez les pathologies contribuant à l'atteinte de l'autonomie et précisez les signes cliniques ayant un retentissement significatif sur la vie quotidienne du patient (apragmatisme, dénutrition, troubles de l'équilibre, troubles cognitifs, troubles de la communication, etc.) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

09/2023

L'annexe continue page suivante →

3. Prises en charges thérapeutiques

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. Perspective d'évolution de l'atteinte de l'autonomie

Cochez la case qui correspond le mieux à la situation du patient

Amélioration (précisez la durée prévisible des limitations fonctionnelles : < 1 an > 1 an)

Stabilité Aggravation Évolutivité majeure Non définie

5. Mobilité – Déplacements

Précisez le périmètre de marche : < 200 m > 200 m

Le patient a-t-il :

- une station debout pénible ? Oui Non
- une prothèse externe des membres inférieurs ? Oui Non
- une oxygénothérapie pour tous ses déplacements ? Oui Non

Pour ses déplacements, le patient a-t-il besoin systématiquement :

- d'une aide humaine (quelles que soient les difficultés rencontrées) ? Oui Non
- d'une canne ? Oui Non
- d'un déambulateur ? Oui Non
- d'un fauteuil roulant ? Oui Non
- d'une autre aide technique ? Oui Non (précisez) : .....

6. 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)				
Se déplacer à l'intérieur du domicile				
Se déplacer à l'extérieur du domicile				
Avoir la préhension manuelle				
Avoir des activités de motricité fine				

Précisions :

.....

.....

.....

09/2023

L'annexe continue page suivante →

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				
S'habiller, se déshabiller				
Manger et boire des aliments préparés				
Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire				
Assurer l'hygiène de l'élimination fécale				

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				
S'orienter dans l'espace				
Gérer sa sécurité personnelle				
Maîtriser son comportement				

Précisions :

.....

.....

.....

Cohérence des réponses aux questions ? Oui Non

Si connu, indiquez le score *Mini mental state* (MMS) : .....

Précisions :

.....

.....

.....

7. 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 numéro au Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) :

Signature du médecin :

09/2023