



N° DE DOSSIER :

N° DE PERSONNE :

NOM :  
(nom de jeune fille et nom marital pour les femmes)

PRÉNOM :

COMMUNE :

DATE DE LA DEMANDE :     /     /

# DOSSIER DE DEMANDE D'APA

## ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE

A DOMICILE

EN ETABLISSEMENT CONVENTIONNÉ

EN ETABLISSEMENT PRIVÉ

EN ÉTABLISSEMENT DE MOINS DE 25 PLACES

1<sup>ÈRE</sup> DEMANDE

Dossier arrivé au service le :

/     /

Dossier déclaré complet le :

/     /

Dossier arrivé à l'EMS pour évaluation le :

/     /

DEMANDE DE RÉÉVALUATION

Dossier arrivé au service le :

/     /

Dossier déclaré complet le :

/     /

Dossier arrivé à l'EMS pour évaluation le :

/     /

Le dossier de demande intégralement rempli, accompagné des pièces justificatives doit être transmis au CCAS de votre commune ou adressé à :

**Collectivité Territoriale de Martinique**

Direction de l'Accompagnement des Personnes Âgées et du Handicap

Rue Gaston DEFFERRE CS 30137 | 97201 Fort-de-France, Martinique

Téléphone : 0596 59 63 00 | Fax : 0596 72 68 10 | Courriel : [courrier@collectivitedemartinique.mq](mailto:courrier@collectivitedemartinique.mq)



## B - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES REVENUS ET LE PATRIMOINE DU DEMANDEUR

### RESSOURCES ANNUELLES – en €

	Montant annuel perçu par le demandeur	Montant annuel perçu par le conjoint, concubin ou pacsé
Retraite principale (à préciser)		
Retraite complémentaire (à détailler)		
Traitements et salaires		
Bénéfices commerciaux		
Bénéfices agricoles		
Revenus locatifs (ou fonciers)		
Allocations diverses		
<b>TOTAL ANNUEL</b>		

### PATRIMOINE MOBILIER ET IMMOBILIER – à renseigner pour le demandeur, et le cas échéant son conjoint, son concubin ou la personne avec laquelle il a conclu un PACS (1)

A - BIENS IMMOBILIERS (préciser la nature de ceux-ci, leur adresse et la valeur locative indiquée dans le dernier relevé de la taxe foncière sur les propriétés bâties et les propriétés non bâties) :

1 { Nature : Valeur locative : €  
Adresse :

2 { Nature : Valeur locative : €  
Adresse :  
3 { Nature : Valeur locative : €  
Adresse :

B - BIENS MOBILIERS ET CAPITAUX NON PLACÉS (dont assurance-vie, actions, obligations)<sup>(2)</sup> :

Nota : (1) Ne pas déclarer la résidence principale si celle-ci est occupée par le demandeur, son conjoint, son concubin ou la personne avec qui il a conclu un pacte civil de solidarité, ses enfants ou petits-enfants.

(2) Ne pas déclarer les capitaux placés, y compris ceux exonérés d'impôts (livret A, livret de développement durable, plan d'épargne logement, plan d'épargne en actions...), qui ne constituent pas du patrimoine dormant. En revanche la valeur des contrats d'assurance-vie, qui relèvent du patrimoine dormant, doit être déclarée.

### ALLOCATIONS - PERCEVEZ-VOUS :

La majoration pour aide constante d'une tierce personne (MTP) ..... oui ..... non  
La prestation complémentaire pour recours à tierce personne (PC RTP) ..... oui ..... non  
L'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) ..... oui ..... non  
La prestation de compensation du handicap (PCH) ..... oui ..... non  
L'aide ménagère versée par les caisses de retraite ..... oui ..... non  
L'aide ménagère au titre de l'aide sociale départementale ..... oui ..... non

**Attention** : Aucune de ces prestations n'est cumulable avec l'allocation personnalisée d'autonomie

## C - DEMANDE D'UNE CARTE MOBILITÉ INCLUSION (CMI)

SOUHAITEZ VOUS : BÉNÉFICIER DE LA CMI (Art. L. 241-3) ? PRIORITÉ ou INVALIDITÉ – oui non et/ou BÉNÉFICIER DE LA CMI STATIONNEMENT (Art. L-241-3) ? : oui non

## D- RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PROCHES AIDANTS\* DU DEMANDEUR (facultatif)

Ce volet du dossier vise à apporter des premières informations sur les personnes de votre famille ou de votre entourage amical ou de voisinage qui vous apportent une aide dans la vie quotidienne, qu'on dénommera «aidants» dans ce qui suit. Son remplissage est facultatif.

NOM : NATURE DE L'AIDE APPORTÉE (par exemple : accompagnement dans les déplacements à l'extérieur de votre domicile, courses...)  
PRÉNOM : ÂGE :  
LIEU DE RÉSIDENCE :  
Adresse :  
Commune : Code postal :  
DURÉE ET PÉRIODICITÉ APPROXIMATIVES DE CETTE AIDE POUR UNE JOURNÉE, UNE SEMAINE OU UN MOIS (selon ce qui vous paraît le plus pertinent) :

## DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ agissant en mon  
propre nom / en ma qualité de représentant de \_\_\_\_\_ ,  
certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur ce document.

J'autorise la Collectivité Territoriale de Martinique à transmettre mon dossier à ma caisse de retraite  
en cas de refus d'APA.

Fait à :

le :     /     /

Signature

## DISPOSITIONS RELATIVES A LA LOI «INFORMATIQUE ET LIBERTÉS»

Les traitements de l'Aide Sociale de la Collectivité Territoriale de Martinique sont informatisés.

Ils sont donc soumis aux dispositions de la loi «Informatique et Libertés» du 6 janvier 1978

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

1 - Toutes les réponses aux différents questionnaires sont obligatoires : un défaut de réponse entraînera des retards ou une impossibilité dans l'instruction du dossier.

2- Les destinataires des informations collectées sont exclusivement des administrations et organismes habilités à avoir connaissance des dossiers de l'Aide Sociale en application des articles L 133-5, L 221-8 du Code de l'Action Sociale et des Familles.

3- En tout état de cause, les personnes concernées ont le droit d'accès et de rectification sur les informations nominatives stockées ou traitées informatiquement.

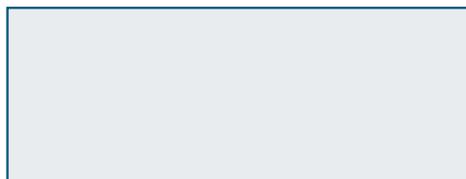
Pour exercer ce droit, vous devez vous adresser, en justifiant de votre identité à :

M. le Président du Conseil Exécutif de Martinique | Rue Gaston DEFFERRE CS 30137 | 97201 Fort-de-France, Martinique

Téléphone : 0596 59 63 00 | Fax : 0596 72 68 10 | Courriel : courrier@collectivitedemartinique.mq

### SANCTIONS EN CAS DE FRAUDE

Vous êtes informé(e) que toute fausse déclaration ou falsification de document, toute obtention usurpée d'un droit, vous expose à des sanctions pénales et financières en application des articles L331-1, L331-3, L 433-19, L 441-7 du Code Pénal, ainsi que, le cas échéant, à la récupération par la Collectivité Territoriale de Martinique des sommes indûment perçues.



Cachet du Centre  
Communal d'Action  
Sociale



*\*Est considéré comme proche aidant d'une personne âgée : son conjoint, le partenaire avec qui elle a conclu un pacte civil de solidarité (PACS) ou son concubin ; un parent ou un allié, définis comme aidants familiaux, ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables, qui lui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou une partie des actes ou des activités de la vie quotidienne*



**A REMPLIR PAR UN MÉDECIN** et insérer dans une enveloppe sous pli confidentiel  
A l'attention de : La Direction de l'Accompagnement des Personnes Âgées et du Handicap  
**COLLECTIVITÉ TERRITORIALE DE MARTINIQUE**  
Rue Gaston DEFFERRE CS 30137 - 97201 Fort De France

# CERTIFICAT MÉDICAL

## DOCUMENT STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Ce document doit être remis à votre médecin traitant.

Une fois complété, cacheté et mis sous pli confidentiel par votre médecin, il devra être joint à votre dossier de demande d'allocation personnalisée d'autonomie.

Ce certificat médical sert à l'instruction de votre demande.

**Nous vous rappelons que ce document est strictement confidentiel**

CELLULE ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE  
CELLULE HÉBERGEMENT EN ÉTABLISSEMENT  
CELLULE ACCUEIL FAMILIAL  
CELLULE AIDE MÉNAGÈRE

**Collectivité Territoriale de Martinique**

Rue Gaston DEFFERRE CS 30137 | 97201 Fort-de-France, Martinique

Téléphone : 0596 59 63 00 | Fax : 0596 72 68 10 | Courriel : [courrier@collectivitedemartinique.mg](mailto:courrier@collectivitedemartinique.mg)

## ÉTAT CIVIL

**1 NOM :** **2 PRÉNOM :**  
**3 NOM DE JEUNE FILLE (s'il y a lieu) :**  
**4 ADRESSE :**  
Commune : Code postal : Tél. :  
**5 SEXE :** M F **ÂGE :** **DATE DE NAISSANCE :** / /  
**N° DE SÉCURITÉ SOCIALE :**

## SITUATION FAMILIALE

marié(e) divorcé(e) veuf(ve) concubin(e) pacsé(e) célibataire

## ÉTAT SOCIO-PSYCHOLOGIQUE

**6 CONTEXTE SOCIAL :** totalement seul(e) seul(e) mais entouré(e) en couple Accueilli(e)  
**7 ATTITUDE PSYCHOLOGIQUE :** coopérant(e) opposant(e) démissionnaire

## MORPHOLOGIE

**TAILLE :** cm **POIDS :** kg

## ANTÉCÉDENTS

Accident du travail oui non IPP % Date : / /  
Maladie Professionnelle oui non IPP % Date : / /  
Invalidité oui non Taux %  
Majoration CGSS pour l'aide constante d'une tierce personne oui non Date de début : / /  
Allocation compensatrice pour l'aide d'une tierce personne oui non Date de début : / /  
Antécédents médicaux, chirurgicaux, gynéco-obstétricaux, ayant des conséquences sur l'état d'incapacité actuel :

alcoolisme toxicomanie tabagisme

## PATHOLOGIES

	Date de début :
<b>8.1</b>	/ /
<b>8.2</b>	/ /
<b>8.3</b>	/ /
<b>8.4</b>	/ /
<b>8.5</b>	/ /

*\*Indiquer en premier la pathologie qui nécessite la surveillance et le traitement les plus importants*

## DÉPENDANCE DE LA PERSONNE

Est-elle susceptible d'amélioration ? oui non Est-elle ? temporaire définitive partielle totale

## DÉFICIENCE

### 9.1 DU PSYCHISME

Déclin intellectuel	oui	non	Trouble du sommeil	oui	non
Trouble mnésique	oui	non	Dépression	oui	non
Trouble de l'orientation	oui	non	Autres		

### 9.2 LANGAGE ET DE LA PAROLE

Une communication est-elle malgré tout possible ?

oui non

Dysarthrie Dyslexie Aphasie Mutité Autre :

9.3 SENSORIELLES AUDITIVES

oui non Appareillage oui non

9.3 SENSORIELLES VISUELLES

oui non Appareillage oui non

En cas de déficience, fournir bilan (audiogramme, acuité visuelle avec correction)

### 9.4 DE LA FONCTION CARDIO-RESPIRATOIRE

oui non

Appareil de ventilation oxygène pour déplacement extérieur

oui non

### 9.5 DE LA MASTICATION ET DÉGLUTITION

oui non

### 9.6 LIÉES À UN ORIFICE ANORMAL OU ARTIFICIEL

oui non

### 9.7 SÉVÈRES DE LA CONTINENCE URINAIRE

oui non

### 9.8 SÉVÈRES DE LA CONTINENCE FÉCALE

oui non

### 9.9 DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR

oui non

si oui Prothèse Orthèse

Amputation MSD MSG MID MIG

Paralyse MSD MSG MID MIG

Parésie MSD MSG MID MIG

### 9.10 AUTRES

oui non Précisez :

### 9.11 RETENTISSEMENT FONCTIONNEL ET/OU RELATIONNEL

Déplacement : périmètre de marche

mètre(s)

## MODALITÉS D'UTILISATION DES AIDES TECHNIQUES

Fréquence d'utilisation

Cannes	en extérieur	en intérieur
Déambulateur	en extérieur	en intérieur
Fauteuil roulant manuel	en extérieur	en intérieur
Fauteuil roulant électrique	en extérieur	en intérieur

Ralentissement moteur : oui non

Besoin de pauses : oui non

Besoin d'accompagnement pour les déplacements extérieurs : oui non

## BESOINS DE SURVEILLANCE ET SOINS MÉDICAUX ET PARAMÉDICAUX

28 | Surveillance et soins infirmiers

Existe déjà Serait nécessaire

29 a | Kinésithérapie

Existe déjà Serait nécessaire

29 b | Orthophonie

Existe déjà Serait nécessaire

30 | Autres

31 | Surveillance et Soins médicaux

Existe déjà Serait nécessaire

32 | Pédicure

Existe déjà Serait nécessaire

33 | Prise en charge psychiatrique

Existe déjà Serait nécessaire

## CONSÉQUENCES DES DÉFICIENCES

**S** : Spontanément

**T** : Totalemment

**C** : Correctement

**H** : Habituellement

**A : Fait seul**

Spontanément et Totalemment et Correctement et Habituellement

**C : Ne Fait pas seul**

ni Spontanément ni Totalemment, ni Correctement, ni Habituellement

**B : Fait seul**

non Spontanément et/ou non Totalemment et/ou non Correctement et/ou non Habituellement

### VARIABLES DISCRIMINANTES

Cocher S T H C quand les conditions pour l'adverbe ne sont pas remplies		S	T	C	H	ACB	OBSERVATIONS
TRANSFERTS ( <i>Se lever, se coucher, s'asseoir</i> )							
DÉPLACEMENT À L'INTÉRIEUR ( <i>Avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant</i> )							
TOILETTE (Hygiène corporelle)	HAUT <i>visage, rasage, coiffage, le tronc, les membres supérieurs et les mains</i>						
	BAS <i>régions intimes, les membres inférieurs et les pieds</i>						
ÉLIMINATION <i>Assurer l'hygiène et rester propre</i>	URINAIRE						
	ANALE						
HABILLAGE <i>Savoir choisir, préparer et enlever</i>	HAUT <i>choix vêtement, mise à disposition, décision d'en changer, passer un vêtement par la tête / les bras</i>						
	MOYEN <i>boutonner, mettre une fermeture, une ceinture, bretelles</i>						
	BAS <i>passer les vêtements par le bas du corps, chaussettes, chaussures</i>						
ALIMENTATION	SE SERVIR <i>un plat, ouvrir un yaourt, peler un fruit, remplir un verre, couper</i>						
	MANGER <i>porter à la bouche et avaler les aliments et boissons</i>						
ALERTE <i>Communication à distance</i>							
DÉPLACEMENT EXTÉRIEURS <i>à partir de la porte d'entrée sur la rue</i>							
ORIENTATION	TEMPS <i>se repérer dans le temps (saison, moments de la journée, années, mois)</i>						
	ESPACE <i>se repérer dans les lieux de vie habituels et nouveaux</i>						
COHÉRENCE	COMMUNICATION <i>fiable, suffisamment complexe pour communiquer dans la vie quotidienne</i>						
	COMPORTEMENT <i>agir, se comporter de façon logique, sensée, savoir vivre avec les autres, assumer sa solitude</i>						

L'intéressé(e) peut vivre en communauté et est exempt de toute maladie contagieuse

oui      non

Fait à :

le :      /      /

Nom, cachet et signature du médecin



**Direction de l'Accompagnement des Personnes Âgées et du Handicap**

Rue Gaston DEFFERRE CS 30137 | 97201 Fort-de-France, Martinique

Téléphone : 0596 59 63 00 | Fax : 0596 72 68 10 |

Courriel : courrier@collectivitedemartinique.mq

LE PRESIDENT DU CONSEIL  
EXECUTIF

-----  
DIRECTION GENERALE DES  
SERVICES

-----  
DIRECTION GENERALE ADJOINTE  
SOLIDARITES

-----  
DIRECTION DE L'AIDE AUX  
PERSONNES AGEES ET AUX  
PERSONNES HANDICAPEES

## PIECES JUSTIFICATIVES

### A joindre au dossier d'APA (1<sup>ère</sup> demande)

(fixées par les décrets n° 1001-1085 du 20 novembre 2001 et n° 2016-210 du 26 février 2016)

- Photocopie du **livret de famille** ou de la **carte d'identité** ou d'un **passport** de la Communauté Européenne ou un **extrait d'acte de naissance** ;
- Photocopie de la **carte de résidence** ou du **titre de séjour en cours de validité**, s'il s'agit d'un demandeur de nationalité étrangère ;
- Photocopie du **dernier avis d'imposition** ou de **non-imposition à l'impôt sur le revenu** ;
- Toute pièce justificative des biens ou capitaux relevant du patrimoine dormant (Photocopie **du dernier relevé de taxe foncière** sur les propriétés bâties et non bâties, relevé annuel d'assurance-vie...);
- **Relevé d'identité bancaire** ou postal du demandeur (compte courant uniquement) ;
- **Certificat médical** –annexé au dossier – rempli par le médecin traitant ;

#### Autres pièces à fournir :

- Photocopie des **attestations de toutes les ressources perçues** (le cas échéant pour le demandeur, son conjoint, son concubin ou la personne avec laquelle il a conclu un pacte civil de solidarité) :  
*Pensions principales, pensions de réversion, retraites complémentaires (IRCOM, etc.), pensions militaires, pensions d'invalidité, rentes accident de travail, allocation spéciale vieillesse (ASV), RSA, salaires ou bénéfices déclarés, indemnités ASSEDIC, revenus locatifs, etc.*
- Photocopie des **trois derniers relevés de compte** ;
- **Fiche d'évaluation du degré de perte d'autonomie** remise par la structure d'accueil en cas de demande d'APA en établissement ;
- Photocopie de la **carte d'assuré social** ;
- Photocopie de la **carte de mutuelle**.

Si vous êtes bénéficiaire d'une aide-ménagère servie par votre caisse de retraite ou votre mutuelle, il convient d'adresser au service tout justificatif d'intervention de cette aide.