

**Liste des pièces justificatives  
à joindre impérativement au dossier de demande  
d'Allocation Personnalisée d'Autonomie à domicile**

La photocopie de la carte nationale d'identité ou du passeport de la communauté européenne ou d'un extrait d'acte de naissance ou du livret de famille du demandeur et de son conjoint, concubin ou de la personne ayant conclu un pacte civil de solidarité,

**OU**

Si le demandeur est de nationalité étrangère, la photocopie de la carte de résidence ou du titre de séjour,

La photocopie en intégralité du dernier avis d'imposition ou de non-imposition des revenus déclarés par le demandeur et le cas échéant par son conjoint ou son concubin ou de la personne ayant conclu un pacte civil de solidarité,

La ou les photocopies du relevé annuel du ou des contrats d'assurance-vie du demandeur et le cas échéant de son conjoint ou de son concubin ou de la personne ayant conclu un pacte civil de solidarité, accompagnée de l'attestation sur l'honneur dûment complétée (voir pièce jointe),

La photocopie en intégralité du ou des derniers relevés des taxes foncières sur les propriétés bâties ou/et sur les propriétés non bâties, en tant que propriétaire ou usufruitier du demandeur et le cas échéant de son conjoint, concubin ou de la personne ayant conclu un pacte civil de solidarité,

Un relevé d'identité bancaire ou postal au nom du demandeur.

**Bien que cette pièce ne soit pas obligatoire et afin de faciliter l'évaluation, merci de bien vouloir faire compléter par votre médecin traitant le certificat médical ci-joint.**

# Certificat médical APA à domicile

Document médical confidentiel à joindre sous pli cacheté au dossier d'APA,  
en utilisant l'enveloppe jointe.

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Né(e) le : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Téléphone (indispensable) : \_\_\_\_\_  
Motif principal de la demande : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Éléments personnels

## Antécédents médicaux significatifs

Antécédents : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Hospitalisation récente (-d'1an) OUI  NON   
Si oui, motif(s) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Suivi médical personnalisé

Gérontologie  Psychiatrie   
Neurologie  Autres... \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## État général actuel

Amaigrissement  Poids : \_\_\_\_\_ Taille : \_\_\_\_\_  
Asthénie   
Anorexie

## Traitement

Autonomie de la prise du traitement OUI  NON   
Traitement actuel (si oui, lequel) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Perte d'autonomie

#### Contexte socio-familial

Isolement OUI  NON   
Epuisement de l'entourage OUI  NON

#### Perte d'autonomie physique

Difficultés dans les déplacements OUI  NON   
Chutes OUI  NON

Aides techniques :

---

---

---

---

#### Perte d'autonomie cognitive

Troubles cognitifs OUI  NON   
Si oui, bilan mémoire OUI  NON   
Score MMS \_\_\_\_\_  
Accueil de jour OUI  NON

#### Intervenants extérieurs actuels

Aide à domicile OUI  NON   
Si oui, préciser le nom du service \_\_\_\_\_

Infirmière OUI  NON   
Si oui, préciser le nom de l'infirmière \_\_\_\_\_

Kiné OUI  NON   
Si oui, préciser le nom du kiné \_\_\_\_\_

Aides-soignantes OUI  NON   
Si oui, préciser le nom du SSIAD \_\_\_\_\_

Autres, préciser \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Commentaires éventuels :

---

---

---

---

---

Date :

Signature et cachet :

## **Attestation sur l'honneur relative aux contrats d'assurance-vie à déclarer pour une demande d'APA**

L'article 2 du décret 2016-210 du 26/02/2016 précise que la valeur des contrats d'assurance-vie, qui relèvent du patrimoine dormant, doit être déclarée.

Afin d'évaluer ce patrimoine, vous devez déclarer le montant du ou des contrats, page 3 dans la demande d'APA et joindre la copie du dernier relevé annuel mettant en évidence le montant de votre assurance-vie.

Si vous ne possédez aucun contrat d'assurance-vie, merci de cocher la case correspondante ci-dessous.

**Je soussigné(e), atteste sur l'honneur :**

Ne pas détenir d'autres contrats d'assurance-vie à mon nom (ou mon conjoint ou mon concubin ou la personne avec laquelle un pacte civil de solidarité a été conclu) que celui ou ceux déclaré(s) dans ma demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie (voir copie jointe)

Ne détenir aucun contrat d'assurance-vie à mon nom (ou mon conjoint ou mon concubin ou la personne avec laquelle un pacte civil de solidarité a été conclu)

**A**

**le**

Signature (nom – prénom) du demandeur

« La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (article L377-1 du code de la sécurité sociale, article L441-1 du code pénal). »