

Demande de révision du plan d'aide pour l'acquisition d'une aide technique Bénéficiaires APA

Dans le cadre du « Règlement des aides techniques de la Conférence des Financeurs de la Prévention de la Perte d'Autonomie de la Haute-Marne »

| | |
|---|---|
| N° dossier : | Date de réception : |
| Identité du demandeur | |
| Nom : | Prénom : |
| Sexe : <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Homme | Date de naissance : ... / ... / |
| Adresse : | |
| Code Postal : | Ville : |
| Téléphone : | |
| Mail : | |

Je soussigné(e), M/Mme sollicite une demande de révision de mon plan d'aide APA pour l'acquisition d'une ou plusieurs aides techniques.

Cette aide technique a été préconisée par :

- Un médecin Un(e) ergothérapeute Un(e) infirmier(e)
 Un(e) professionnel(le) de l'équipe médico-sociale du Département Autre

Nom, prénom et qualité :

.....

Aide(s) technique(s) préconisée(s) : *(cocher la case correspondante)*

- dans le catalogue des aides techniques
 hors du catalogue (demande exceptionnelle)

Détail :

.....

.....

.....

.....

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus. Je suis informé(e) que toute fausse déclaration m'expose aux sanctions pénales et financières prévues par la loi.

A Le

Signature du demandeur ou de son représentant légal

PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR

Toute demande de financement doit être accompagnée de :

- Aide dans le « catalogue des aides techniques de la CFPPA de la Haute-Marne » : **un devis si « aide sur dossier »**
- Aide hors du catalogue (demande exceptionnelle) : **un devis ou deux devis de fournisseurs différents au-dessus de 400 €**
- Le **dernier avis d'imposition sur les revenus**
- Si besoin : le **montant de la prise en charge par la caisse de retraite** (notification) ou de **tout autre organisme**

INFORMATION AU DEMANDEUR

Aides non éligibles à un financement Conférence des financeurs

- L'adaptation individuelle de l'habitat (hors matériel facilement démontable comme le siège de douche),
- Les aides à l'hygiène ou matériel à usage unique (alèse, protection urinaire etc.),

Sauf en cas d'aide exceptionnelle, le financement ne pourra dépasser le montant maximum accordé dans le catalogue des aides techniques. Une aide inférieure à 20 euros ne fera l'objet d'aucun versement.

Pour pouvoir bénéficier de l'aide financière du Département, l'achat n'est possible qu'après la réception et le retour signé de la notification de la décision d'attribution de l'aide.

Aussi, vous devrez transmettre **la facture acquittée à l'adresse ci-après dans le délai de 1 an** à compter de la **notification signée de la décision d'attribution de l'aide.**

Document à retourner complété accompagné des pièces jointes au :

Département de la Haute-Marne , Direction de l'autonomie
7 rue Eugène Issartel, 52000 Chaumont

Ou par voie électronique à :

apa@haute-marne.fr

Pour toute demande de renseignement vous pouvez contacter le Numéro vert au **0 800 11 44 20**

Les informations fournies dans ce présent document sont traitées informatiquement et soumises aux dispositions de la loi « informatique et liberté » du 6 janvier 1978 qui protège les droits et libertés individuelles. Cette loi vous garantit un droit d'accès et de rectification de ces informations. Pour le mettre en œuvre, vous pouvez vous adresser au Département - Direction de l'autonomie.

***** Le fait de percevoir frauduleusement ou de tenter de percevoir frauduleusement des prestations au titre de l'aide sociale est puni des peines prévues par le code pénal. *****