

Demande de révision de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie à Domicile pour les personnes âgées

Vous pouvez envoyer votre demande par :

- Courrier : Monsieur le Président du Conseil Départemental
Direction de l'Autonomie
Service Prestations à l'Autonomie
1 rue du Commandant Hugueny
CS 62127
52905 CHAUMONT Cedex 9
- Mail : apa@haute-marne.fr

Après réception de cette demande, un professionnel vous contactera pour évaluer vos besoins.

Cadre réservé à l'administration

N° de dossier : Date de réception du dossier : / /

Suite donnée à la demande :

Identité

Madame Monsieur

Nom

Prénom

Date de naissance : / /

Numéro de dossier APA :



A compléter uniquement si changement depuis la dernière notification

Coordonnées

Adresse :

Code postal : Commune :

Bâtiment : Étage :

Date d'arrivée à l'adresse actuelle : / /

Numéro de téléphone : / / /

Adresse e-mail :

Personne à contacter

Nom / prénom

Adresse

Numéro de téléphone :

Adresse e-mail :

Identification de votre demande

Cocher la ou les cases correspondant à votre situation :

• Votre état de santé s'est aggravé	<input type="checkbox"/>
• Votre état de santé s'est amélioré	<input type="checkbox"/>
• Vous avez été hospitalisé* et vous rentrez à domicile *Merci d'envoyer un bulletin d'hospitalisation	<input type="checkbox"/>
• Le plan d'aide n'est plus adapté à votre situation (déménagement...)	<input type="checkbox"/>
• Votre situation familiale a changé (séparation, divorce*, décès du conjoint* ou de votre aidant) *Merci d'envoyer le jugement de divorce ou le bulletin de décès	<input type="checkbox"/>
• Vous souhaitez changer de mode d'intervention pour les aides à domicile (autre prestataire, CESU)	<input type="checkbox"/>
• Vous souhaitez une aide technique	<input type="checkbox"/>
• Vous souhaitez ajouter ou supprimer une prestation au plan d'aide : accueil de jour, frais d'hygiène, téléassistance, frais de portage de repas...	<input type="checkbox"/>
• Vous souhaitez une aide au répit ou à l'hospitalisation de l'aidant (précisez les dates et la modalité exemple : hébergement temporaire en EHPAD, en accueil familial, aide humaine, relayage...)	<input type="checkbox"/>
• Vous souhaitez une carte mobilité inclusion mention stationnement, priorité ou invalidité	<input type="checkbox"/>

Précisions éventuelles

.....

.....

.....

Signature du demandeur ou de son représentant légal

Je soussigné(e) :

Madame Monsieur

Nom :

Prénom :

Agissant : En mon nom
 En qualité de représentant légal de :

- certifie exacts et complets les renseignements fournis dans le cadre de cette demande
- m'engage à déclarer toute évolution de situation

Fait à

Le

Signature :