

Feuillet à destination de l'Assistante Sociale du Conseil Départemental

Chère Madame, Cher Monsieur,

Dans le cadre de la demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) qui vous est adressée, je vous informe que l'usager a la possibilité de faire appel à Click&Care, 1^{er} réseau national de professionnels soignants et médico-sociaux, pour recruter en emploi direct son intervenant.

Vous avez la possibilité de comparer précisément sur le site www.calculapa.fr le reste à charge du bénéficiaire en fonction :

- De son taux de participation,
- Des devis des structures d'aide à domicile reçus,
- Des modes d'intermédiation courants : prestataire, mandataire et emploi direct à travers la plateforme de recrutement nationale Click&Care.

Fondé par une équipe médicale, Click&Care accompagne la maîtrise des dépenses pour les payeurs en réduisant les dépenses des Collectivités et le reste à charge des Familles, tout en rémunérant davantage les auxiliaires de vie au bénéfice d'une meilleure prise en charge.

Click&Care est une filiale de la Caisse des Dépôts et des Consignations et de la MAIF.

Le plan d'aide se calcule sur le mode gré à gré dit emploi direct.

Je suis à votre entière disposition pour toute question que vous pourriez avoir.
Je vous prie d'agrérer, Madame, Monsieur, l'expression de mes sincères salutations.

Docteur Lina Bougrini
Fondatrice de Click&Care





Dossier de demande d'aide départementale

DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE (APA)

- à domicile
- en établissement relevant de la réglementation sur l'APA à domicile (EHPA, PUV)

Demandeur

M. Mme Nom : _____

Nom de jeune fille : _____

Prénom : _____

Commune : _____

DÉPÔT DE LA DEMANDE AVEC PIÈCES À FOURNIR

Département du Morbihan – à l'attention de Monsieur le président du conseil départemental du Morbihan
Direction générale des interventions sanitaires et sociales
64 rue Anita Conti – CS 20514 – 56035 VANNES CEDEX // TÉL. 02 97 54 78 00

// RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DEMANDEUR

S'agit-il d'une demande pour le couple ? oui non

DEMANDEUR	CONJOINT
Il peut s'agir d'un conjoint, du concubin ou de la personne avec laquelle le demandeur a conclu un pacte civil de solidarité.	
Nom :	Nom :
Nom de jeune fille :	Nom de jeune fille :
Prénom :	Prénom :
Date et lieu de naissance :	Date et lieu de naissance :
N° de sécurité sociale :	N° de sécurité sociale :
Nationalité : <input type="checkbox"/> Française <input type="checkbox"/> Ressortissant de l'Union européenne <input type="checkbox"/> Autre Date d'arrivée en France s'il y a lieu (pour les étrangers) :	Nationalité : <input type="checkbox"/> Française <input type="checkbox"/> Ressortissant de l'Union européenne <input type="checkbox"/> Autre Date d'arrivée en France s'il y a lieu (pour les étrangers) :
Situation de famille : <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Veuf <input type="checkbox"/> Concubin <input type="checkbox"/> Pacsé <input type="checkbox"/> Célibataire	Est-il en activité ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Êtes-vous retraité ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <i>(Si oui préciser le régime de retraite principal)</i>	Est-il retraité ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <i>(Si oui préciser le régime de retraite principal)</i>

VOTRE ADRESSE - Lieu où vous résidez actuellement :

Adresse : _____

Chez : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone : _____

Date d'arrivée à cette adresse : _____

Vous êtes : locataire usufruitier(e) propriétaire hébergé(e) à titre gratuit
 en établissement pour personnes âgées en famille d'accueil agréée en viager

Votre conjoint vit-il : à domicile en établissement (si oui, fournir attestation d'entrée)

VOTRE ADRESSE PRÉCÉDENTE - à remplir impérativement si vous avez changé d'adresse depuis moins de 3 mois ou si vous êtes hébergé en famille d'accueil agréée ou en établissement pour personnes âgées :

Date d'arrivée à cette adresse : _____ Date de départ : _____

Adresse : _____

Chez : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Si vous êtes accueilli dans un établissement hors du département du Morbihan, mais que la prise en charge du tarif dépendance incombe au département du Morbihan, veuillez joindre à ce dossier, l'arrêté de tarification de l'établissement d'accueil. Ce document est à demander à l'établissement.

MESURE DE PROTECTION**Si vous relevez d'une mesure de protection juridique, cochez ci-dessous s'il s'agit :** d'une sauvegarde de justice d'une mesure de tutelle d'une mesure de curatelle

Nom et adresse du tuteur ou de l'association chargée de la mesure : _____

Joindre la copie du jugement**SUIVI ADMINISTRATIF DU DOSSIER****Indiquez la personne à contacter :** enfant parent autre : (préciser la nature des liens) : _____

Nom et adresse : _____

Date de naissance : _____

Numéro de téléphone : _____ Courriel : _____

// RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PROCHES AIDANTS DU DEMANDEUR

Pour faciliter les premières visites à votre domicile, vous pouvez compléter le tableau ci-dessous concernant les personnes de votre famille ou de votre entourage amical ou de voisinage qui vous apportent une aide dans la vie quotidienne.

Nom et prénom	Age	Parenté avec l'aidant (ou autre)	Nature de l'aide apportée	Adresse précise
.....	<input type="checkbox"/> Démarches administratives <input type="checkbox"/> Aide dans vos déplacements <input type="checkbox"/> Courses <input type="checkbox"/> Aide à la vie quotidienne <input type="checkbox"/> Autres
.....	<input type="checkbox"/> Démarches administratives <input type="checkbox"/> Aide dans vos déplacements <input type="checkbox"/> Courses <input type="checkbox"/> Aide à la vie quotidienne <input type="checkbox"/> Autres
.....	<input type="checkbox"/> Démarches administratives <input type="checkbox"/> Aide dans vos déplacements <input type="checkbox"/> Courses <input type="checkbox"/> Aide à la vie quotidienne <input type="checkbox"/> Autres

// RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES AIDES DEJA ACCORDEES OU EN COURS D'ATTRIBUTION

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

Aucune des prestations ci-dessus n'est cumulable avec l'Allocation Personnalisée d'Autonomie.

// ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e), M. ou Mme _____
 agissant en mon nom propre ou en ma qualité de représentant de _____
 certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus ;

J'autorise M. le Président du conseil départemental à transmettre aux caisses de retraite l'évaluation de mes besoins ainsi que des aides préconisées pour mon maintien à domicile.

oui non

Date _____

Signature

Après évaluation de votre degré de dépendance le Département pourra vous informer sur les modalités d'attribution automatiques de la carte européenne de stationnement ainsi que de la carte d'invalidité réservées aux Gir 1 et Gir 2.

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique.

*Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978, modifiée en 2004,
 vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent,
 que vous pouvez exercer en vous adressant au correspondant informatique et libertés :*

2 rue de St Tropez - 56000 VANNES – Courriel: cil56@morbihan.fr

Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.