

N° dossier APA :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

N° sécurité sociale :

Adresse :

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Courriel :

Je sollicite la révision de mon dossier d'allocation Personnalisée d'Autonomie en vue :

D'une augmentation des heures d'aide à domicile pour les raisons suivantes :

- Evolution de mon autonomie ;
- Sortie récente d'hospitalisation (joindre le bulletin d'hospitalisation) ;
- Relais de l'aidant principal ;

D'une réduction du nombre d'heures pour les motifs suivants :

- Evolution de mon autonomie ;
- Difficulté de paiement du reste à charge ;
- Impossibilité pour le service d'aide et d'accompagnement à domicile de réaliser

l'intégralité des heures du plan d'aide ;

D'une modification des intervenants :

- Mise en place d'un salariat en emploi direct (en gré à gré ou mandataire) ;
- Mise en place d'un Service d'aide et d'accompagnement à domicile :

Nom du SAAD :

Date de début d'intervention :

- Changement de service d'aide et d'accompagnement à domicile :

Nom de l'ancien SAAD :

Date de fin d'intervention :

Les informations recueillies vous concernant sont enregistrées dans un fichier informatisé par le Département des Pyrénées-Orientales pour la seule gestion administrative des demandes des usagers. Elles sont conservées 2 ans après le dernier contact.

Conformément à la loi 78-17 du 6 janvier 1978 "Informatique et libertés", vous pouvez exercer le droit d'accès et de rectification de vos données personnelles, ainsi que définir leur sort en vous adressant à : M. le Délégué à la Protection des Données, Hôtel du Département, BP 906 quai Sadi Carnot 66906 Perpignan Cedex. Vous pouvez, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant sauf si ce droit est écarté par une disposition législative. Vous pouvez également introduire une réclamation auprès de l'autorité de contrôle :

CNIL - 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07 - www.cnil.fr

Nom du nouveau SAAD :

Date de début d'intervention :

- D'une prise en charge d'accueil de jour :**

Nom de l'établissement :

Date d'entrée envisagée :

- D'une prise en charge d'hébergement temporaire en établissement :**

Nom de l'établissement :

Date d'entrée envisagée :

- D'une attribution d'aide technique (téléalarme, portage de repas, protections hygiéniques, matériel spécifique...) ;**

- D'une prise en charge d'une garde de nuit**

- D'un changement de domicile :**

Nouvelle Adresse :

Date du changement :

- De l'attribution d'une Carte Mobilité Inclusion (CMI) mention stationnement** (joindre un certificat médical) ;

- De l'attribution d'une Carte Mobilité Inclusion (CMI) mention Priorité ou Invalidité** (joindre un certificat médical);

- Du renouvellement d'une carte d'invalidité, de priorité ou de stationnement** (joindre un certificat médical);

- autre**

Fait à

le

Signature

Si le signataire n'est pas le demandeur, indiquer sa qualité :

- Le représentant légal du bénéficiaire (mesure de protection juridique)

Le proche aidant (Nom/Prénom): Téléphone :

courriel :

Joindre obligatoirement le dernier avis d'imposition à cette demande

PARTIE RESERVEE A L'ADMINISTRATION :

Les informations recueillies vous concernant sont enregistrées dans un fichier informatisé par le Département des Pyrénées-Orientales pour la seule gestion administrative des demandes des usagers. Elles sont conservées 2 ans après le dernier contact.

Conformément à la loi 78-17 du 6 janvier 1978 "Informatique et libertés", vous pouvez exercer le droit d'accès et de rectification de vos données personnelles, ainsi que définir leur sort en vous adressant à : M. le Délégué à la Protection des Données, Hôtel du Département, BP 906 quai Sadi Carnot 66906 Perpignan Cedex. Vous pouvez, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant sauf si ce droit est écarté par une disposition législative. Vous pouvez également introduire une réclamation auprès de l'autorité de contrôle :

CNIL - 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07 - www.cnil.fr