

Adresse retour  
de votre dossier

**DEPARTEMENT DU JURA**

**POLE DES SOLIDARITES**

**DIRECTION DE L'AUTONOMIE**

17 rue Rouget de Lisle

39039 LONS-LE-SAUNIER CEDEX

Tel : 03 84 87 40 07

Mail : [personnesageesdssd@jura.fr](mailto:personnesageesdssd@jura.fr)

## DOSSIER D'ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE PERSONNES AGEES<sup>(1)</sup>

A transmettre au Conseil départemental (adresse ci-dessus)

NOM : .....

PRENOM : .....

Commune de votre domicile <sup>(2)</sup> : .....

Canton : .....

### AIDE SOLLICITEE

Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) à domicile

Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) en établissement (EHPAD)  
(dans le cadre d'un accueil **permanent** en établissement **hors Jura** ou d'un accueil  
**temporaire Jura ou hors Jura**)

(1) S'adresse à toute personne de 60 ans, résidant en France de manière stable et durable, en perte d'autonomie.

(2) Dernier domicile hors établissement social ou médico-social

**Attention :** Toutes les réponses aux différents questionnaires sont obligatoires. Un défaut de réponse entrainera des retards ou une impossibilité d'instruction du dossier.

Cadre réservé à l'administration

N° dossier :

Date dépôt :

Date de dossier complet :

## ETAT CIVIL

	Personne pour laquelle l'Aide est demandée	Epoux(se), Concubin(e) ou Pacsé(e)
Nom marital		
Nom de naissance		
Prénom		
Date de naissance		
Lieu de naissance		
Nationalité		
Situation de famille (marié, divorcé, veuf, concubin ou ayant conclu un PACS)		
N° de sécurité sociale		
Organisme de retraite principale		

Le demandeur bénéficie-t-il d'une **mesure de protection juridique** :  oui  non

Si oui :  sauvegarde de justice  curatelle  tutelle **(joindre le jugement + RIB)**

Nom et adresse du tuteur ou curateur ou de l'organisme chargé de la gestion des biens :

.....

..... N° de téléphone ..... Courriel : .....

Nom de votre **médecin** traitant : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

## ADRESSE ACTUELLE de la PERSONNE pour laquelle l'aide est demandée

ADRESSE : .....

.....

Date d'arrivée à cette adresse : ..... Téléphone : .....

Courriel : .....

**Ils'agit :**  De votre domicile

et vous êtes  Propriétaire  Usfruitier  Locataire  Logé à titre gratuit (enfants...)

d'une Famille d'accueil agréée\*

d'un Etablissement

Autre .....

## ADRESSE PRECEDENTE

**(Ne remplir que si le demandeur réside actuellement : soit en établissement, soit chez une famille d'accueil agréée\*, soit depuis moins de 3 mois dans le Jura)**

ADRESSE : .....

.....

Date d'arrivée à cette adresse : ..... Téléphone : .....

**Il s'agissait :**  De votre domicile

et vous étiez  Propriétaire  Usfruitier  Locataire  Logé à titre gratuit (enfants...)

d'une Famille d'accueil agréée\*

d'un Etablissement

Autre .....

\*Accueil à titre onéreux chez un particulier agréé selon l'article L. 441.1 du Code de l'Action Sociale des Familles

**RESSOURCES ANNUELLES**  
(figurant sur le dernier avis d'imposition sur le revenu)

	LE DEMANDEUR	LE CONJOINT <sup>1</sup>
Pensions vieillesse (y compris les retraites complémentaires)	€	€
Salaire ou bénéfice déclaré ou allocation	€	€
Autre	€	€
<b>Total annuel des ressources du foyer</b>	€	

**PATRIMOINE DU FOYER**  
(Ne figurant pas dans l'avis d'imposition ou de non-imposition sur le revenu)

BIENS MOBILIERS <sup>(2)</sup> : déclarer les contrats d'assurance-vie et joindre les derniers relevés annuels– Si vous ne possédez pas de contrat, noter : <u>NEANT</u>	MONTANT POUR LE DEMANDEUR	MONTANT POUR LE CONJOINT <sup>(1)</sup>
	€	€
	€	€
	€	€

(1) Epoux(se), concubin(e) ou personne avec laquelle un pacte civil de solidarité a été conclu.

(2) Ne pas déclarer les livrets et les placements exonérés d'impôts (livret A, LDD, PEL, PEA...)

BIENS IMMOBILIERS DU DEMANDEUR ET DU CONJOINT	Propriété(s) bâtie(s)	Propriété(s) non bâtie(s)
Nature (maison, logement, terrains...) Adresse		
Nature Adresse		
Nature Adresse		

**ALLOCATIONS NON CUMULABLES AVEC L'APA**

Percevez-vous l'une de ces allocations ?	OUI	NON	Montant Mensuel
L'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ €
La Majoration pour aide constante d'une Tierce Personne (MTP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ €
La Prestation Compensation du Handicap (PCH)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ €
La Prestation Complémentaire pour Recours à Tierce Personne (PC RTP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ €
L'aide-ménagère au titre de l'aide sociale départementale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ €
L'aide-ménagère versée par votre caisse de retraite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ €

**Attention : aucune de ces prestations n'est cumulable avec l'APA**

## DEMANDE SIMPLIFIEE D'UNE CARTE MOBILITE INCLUSION (CMI)

Si l'APA vous est accordée au titre **du GIR 1 ou 2**, vous pouvez bénéficier sans autre condition et à titre définitif de la CMI comportant les mentions « Invalidité » et « Stationnement pour personnes handicapées » ; dans ce cas :

- Souhaitez-vous bénéficier de la carte mobilité inclusion comportant la **mention « invalidité\* »** : oui  non
- Souhaitez-vous bénéficier de la carte mobilité inclusion comportant la mention « **Stationnement pour personnes handicapées** » : oui  non

Dans le département du Jura, la CMI « **priorité** » et « **stationnement** » peut être délivrée sur appréciation de l'équipe médico-sociale APA\* **si vous bénéficiez de l'APA au titre du GIR 3 ou 4** ; dans ce cas :

- Souhaitez-vous bénéficier de la carte mobilité inclusion comportant la mention « **priorité\*** » : oui  non
- Souhaitez-vous bénéficier de la carte mobilité inclusion comportant la mention « **Stationnement pour personnes handicapées** » : oui  non
- Je suis déjà titulaire de la CMI :  Priorité  Stationnement  Invalidité

\* **Article L. 241.3 du code de l'action sociale et des familles (CASF) - (Cf. Notice d'information jointe)**

## REFERENT (Personne à joindre en cas de besoin)

**Statut du référent :**  Tuteur ou curateur  Conjoint  Enfant  Petit-enfant  
 Frère, sœur, neveu, nièce  Ami ou autre

**Coordonnées du référent :**

M. / Mme \* : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Téléphone (indispensable) : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

## ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e), agissant en mon nom propre / en ma qualité de représentant\* de .....

- certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis ci-dessus,
- autorise la transmission par Monsieur le Président du Conseil Départemental du dossier aux caisses de retraites (en cas de rejet d'allocation personnalisée d'autonomie).

Fait à ..... Le .....

**Signature du demandeur**

**Signature autre, préciser la qualité**

\* rayer la mention inutile

**Par référence à l'article 22 de la loi n° 68-690 du 31 juillet 1968 :** "Quiconque aura fourni sciemment des renseignements inexacts ou incomplets en vue d'obtenir de l'État ou des collectivités locales, un paiement ou avantage quelconque indu, sera puni d'un emprisonnement de quatre ans et d'une peine d'amende de 9 146,94 €, ou l'une de ces peines seulement".

**La loi 78-17 du 6/07/1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés** s'applique aux réponses faites à formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de modification pour les données vous concernant.

Nom et prénom du demandeur de l'APA :

---

**FICHE ANNEXE A LA DEMANDE D'APA :  
INFORMATIONS CONCERNANT LE(S)  
PROCHE(S) AIDANT(S) DU DEMANDEUR**

Direction Générale des Services

Pôle des Solidarités

Ce volet du dossier de demande vise à apporter des premières informations sur les personnes de votre famille ou de votre entourage amical ou de voisinage qui vous apportent **une aide à titre gracieux** dans la vie quotidienne, qu'on dénommera « aidants » dans ce qui suit. Ces renseignements sont **facultatifs**.

**AIDANT PRINCIPAL :**

Nom et prénom	
Date de naissance	
Adresse	
Téléphone	
Nature de votre lien	
Nature de l'aide apportée (accompagnement dans les déplacements à l'extérieur du domicile, courses...)	
Durée et périodicité approximatives de cette aide pour une journée, une semaine ou un mois (selon ce qui vous paraît le plus pertinent)	

**AUTRE AIDANT EVENTUEL :**

Nom et prénom	
Date de naissance	
Adresse	
Téléphone	
Nature de votre lien	
Nature de l'aide apportée (accompagnement dans les déplacements à l'extérieur du domicile, courses...)	
Durée et périodicité approximatives de cette aide pour une journée, une semaine ou un mois (selon ce qui vous paraît le plus pertinent)	

**PIECES A FOURNIR POUR UN DOSSIER  
D'ALLOCATION PERSONNALISEE**

Direction Générale des Services

Pôle des Solidarités

	APA DOMICILE	APA ETABLISSEMENT*
<b>ETAT CIVIL :</b>		
Si nationalité de l'union européenne, photocopie : - Du livret de famille - Ou de la carte nationale d'identité - Ou du passeport d'un Etat membre de l'union européenne	X	X
Si nationalité autre, photocopie : - De la carte de résidence - Ou du titre de séjour		
<b>RESSOURCES :</b>		
Photocopie <u>intégrale</u> du <b>dernier avis d'imposition</b> ou de non-imposition <b>sur le revenu</b>	X	X
Photocopie <u>intégrale</u> du <b>dernier avis d'imposition de la taxe foncière</b> sur les propriétés bâties et les propriétés non bâties	X	X
<b>Dernier(s) relevé(s) annuel(s) d'assurance-vie</b>	X	X
<b>PIECES COMPLEMENTAIRES :</b>		
Relevé d'Identité Bancaire ou Postal (si mesure de protection, joindre un RIB (ou RIP) avec mention de la mesure et nom du demandeur)	X	X
<b>Jugement de tutelle</b> ou de <b>curatelle</b> pour les personnes sous protection juridique	X	X
<b>Certificat Médical</b> : à faire remplir par votre médecin traitant et à nous transmettre sous pli confidentiel	X	
<b>Fiche annexe</b> : informations concernant le(s) proche(s) aidant(s)	X	X
<b>Attestation de l'établissement</b> précisant le degré de dépendance du demandeur (GIR)		X
<b>Arrêté de tarification</b> de l'établissement		X

\*DANS LE CADRE D'UN ACCUEIL PERMANENT EN ETABLISSEMENT HORS JURA OU D'UN ACCUEIL TEMPORAIRE (JURA ET HORS JURA)

**CERTIFICAT MEDICAL ACCOMPAGNANT UNE DEMANDE  
D'ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE**

Identification du demandeur à remplir par le patient

**Nom marital :**

**Prénom :**

**Nom de jeune fille :**

**Date de naissance :**

**Adresse :**

Ce certificat vous est remis par votre patient.

Il facilitera une meilleure connaissance de sa situation par le médecin de l'Equipe-Médico-Sociale chargé de l'instruction de sa demande.

**Nom, numéro de téléphone et cachet du médecin :**

## DIAGNOSTIC PRINCIPAL :

Date d'apparition des troubles actuels :

Antécédents majeurs :

Taille :

Poids :

### CONSEQUENCE DES PATHOLOGIES SUR L'AUTONOMIE DU PATIENT : (Merci de cocher la réponse correspondante)

- TROUBLES PSYCHIQUES :
- Troubles mnésiques
  - Désorientation temporelle      Episodique            Constante
  - Désorientation spatiale      Episodique            Constante
  - Troubles du comportement      Episodiques            Constants
  - De quel type ? :
  - Anxiété/Dépression
  - Perturbation de la communication      Episodique            Constante
  - Dysarthrie       Aphasie       Autre :
  - Surveillance nécessaire      Ponctuelle            Constante

- TROUBLES MOTEURS :
- Lesquels ?
- Aide aux transferts (lever, coucher, assis)      Partielle            Totale
  - Marche possible avec :      Canne       Déambulateur       Tierce personne
  - Périmètre de marche :
  - Marche impossible
  - Trouble de la motricité fine      Tremblements       Vertiges
  - Autres :



TROUBLES SENSORIELS IMPORTANTS :

Visuels

Auditifs

TROUBLES SPHINCTERIENS :  Urinaires

Episodiques

Constants

Fécaux

Episodiques

Constants

S'il y a des protections, le patient peut-il les gérer seul ?

Oui

Non

AIDE A LA TOILETTE :

Partielle

Totale

Avec stimulation

AIDE A L'HABILLEMENT :

Partielle

Totale

Avec stimulation ou préparation des vêtements

TROUBLES DE L'ALIMENTATION : Anorexie

Boulimie

Trouble de la déglutition

Besoin de stimulation

Difficulté pour se servir à table (couper la viande, ouvrir un yaourt, éplucher un fruit,...)

Ya-t-il un amaigrissement ?

Oui

Non

UNE AMELIORATION EST-ELLE POSSIBLE ?

Oui

Non

**TRAITEMENT SUIVI :**


**DATE :**

**SIGNATURE DU MEDECIN :**

Certificat médical à faire compléter par votre médecin traitant et à renvoyer :

- Sous pli cacheté
- En précisant sur l'enveloppe de votre courrier : vos nom et prénom, « PLI CONFIDENTIEL » « CERTIFICAT MEDICAL »
- A l'attention du médecin de l'Equipe Médico-Sociale du Service Personnes Agées

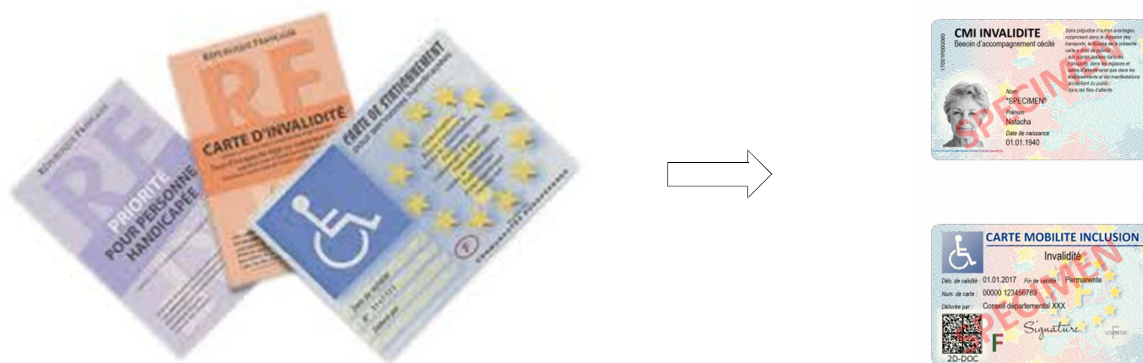
Selon le modèle ci-dessous :

<p><b>NOM, PRENOM :</b> (du demandeur)</p>	
<p><b>PLI CONFIDENTIEL</b></p> <p><b>CERTIFICAT MEDICAL</b></p> <p>« Ne pas ouvrir »</p>	<p><b>CONSEIL DEPARTEMENTAL</b> <b>Pôle des Solidarités</b> <b>Direction de l'Autonomie</b></p> <p><b>A l'attention du médecin de l'Equipe Médico-Sociale</b> <b>17, rue Rouget de Lisle</b> <b>B.P. 60357</b> <b>39039 LONS LE SAUNIER Cedex</b></p>

# Fiche d'information : La Carte Mobilité Inclusion (CMI)

Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2017, la **carte mobilité inclusion (CMI)** s'est substituée aux trois cartes actuelles : carte d'invalidité, carte de priorité et carte de stationnement.

Cette nouvelle carte, au format « carte bancaire » et infalsifiable, est délivrée par l'Imprimerie Nationale.



Les droits qui sont attachés à la CMI restent inchangés par rapport aux cartes papier, tout comme les critères d'attribution.

## ☆ **Les différentes mentions pouvant être apposées :**

1° « **INVALIDITE** » : attribuée à toute personne dont le taux d'incapacité permanente est au moins de 80 % ou qui a été classée en invalidité dans la 3ème catégorie. La mention « invalidité » peut être complétée par une sous-mention « **besoin d'accompagnement** » ou « **besoin d'accompagnement - cécité** » (attestant de la nécessité pour la personne d'être accompagnée dans ses déplacements).

2° « **PRIORITE pour personnes handicapées** » : attribuée à toute personne atteinte d'une incapacité inférieure à 80 % et rendant la station debout pénible.

**NB** : Les mentions « invalidité » et « priorité » ne sont pas cumulables.

3° « **STATIONNEMENT pour personnes handicapées** » : attribuée à toute personne atteinte d'un handicap qui réduit de manière importante et durable son autonomie de déplacement à pied ou qui impose qu'elle soit accompagnée par une tierce personne dans ses déplacements.

**NB** : La mention « Stationnement » est cumulable avec l'une des 2 autres. Dans ce cas le bénéficiaire recevra 2 cartes

## 🔗 **Les droits ouverts par chaque mention :**

Les mentions « **invalidité** » et « **priorité** » permettent d'obtenir **une priorité d'accès aux places assises** dans les transports en commun, dans les espaces et salles d'attente ainsi que dans les établissements et les manifestations accueillant du public ; elles permettent également d'obtenir une priorité dans les files d'attente.

La mention « **stationnement pour personnes handicapées** » permet à son titulaire ou à la tierce personne qui l'accompagne d'utiliser, à titre gratuit et sans limitation de la durée de stationnement, toutes les places de stationnement ouvertes au public (et pas seulement les places réservées aux personnes handicapées) ; la carte doit être apposée en évidence à l'intérieur contre le pare-brise du véhicule utilisé. Elle doit être retirée dès lors que la personne handicapée n'utilise plus le véhicule.

La mention « **invalidité** » permet également de bénéficier, notamment :

- de **divers avantages fiscaux**, pour le titulaire de la carte (par exemple, bénéfice, sous conditions, d'une demi-part supplémentaire pour le calcul de l'impôt sur le revenu) ou ses proches (par exemple, les personnes titulaires de cette carte sont considérées comme étant à charge du contribuable qui les accueille sous son toit),
- de **différents avantages commerciaux** accordés, sous certaines conditions, par exemple dans les transports (RATP, SNCF, Air France).

## ☆ **Procédure pour les demandeurs et les bénéficiaires de l'APA :**

Le Président du Conseil Départemental délivre la CMI comprenant les mentions « **invalidité** » et « **stationnement pour personnes handicapées** » à titre définitif **aux personnes âgées qui en font la demande et qui sont classées en GIR 1 ou 2**.

En outre, la loi prévoit que le département peut organiser un autre circuit de demande et d'instruction que celui de la MDPH pour les demandeurs et bénéficiaires de l'APA. Dans ce cas, la demande de CMI peut être formulée à l'occasion de la demande d'APA et l'instruction de la demande de CMI « priorité » et « stationnement » peut être réalisée par l'équipe médico-sociale de l'APA.

Cette procédure permet d'éviter des démarches supplémentaires aux demandeurs de l'APA (demande d'APA auprès du Conseil Départemental et demande de carte auprès de la MDPH) et d'éviter une double évaluation de la situation de la personne.