

DEMANDE D'AIDE À DOMICILE POUR UNE PERSONNE DE SOIXANTE ANS OU PLUS

auprès du Département au titre
de l'**ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE**

auprès d'une Caisse de Retraite au titre
de l'**ACTION SOCIALE**

Ce dossier comprend :

- une fiche de présentation
de l'**ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE (APA)**
- une notice explicative sur l'Action Sociale des Caisses de Retraite
et les services ménagers à domicile pris en charge par l'Aide Sociale
- une demande d'aide à domicile
- une déclaration des ressources
- un certificat médical
- une notice explicative sur la Carte Mobilité Inclusion (CMI)
- les mentions d'information relatives à la protections des données (APA + CMI)

**Le dossier complet est à retourner, dûment rempli et signé, à
l'adresse suivante :**

Département de la Moselle
Solidarité • Politique de l'Autonomie
Hôtel du Département
1, rue du Pont Moreau • CS 11096
57036 Metz Cedex 1

PIÈCES À JOINDRE À LA PRÉSENTE DEMANDE DANS LE CADRE DE SON INSTRUCTION

- CERTIFICAT MÉDICAL rempli par le médecin traitant datant de MOINS DE 2 MOIS**
il permettra à l'équipe médicale de mieux évaluer votre perte d'autonomie.
- CARTE MOBILITÉ INCLUSION (CMI)**
 - **certificat médical obligatoire**
 - si vous êtes bénéficiaire d'une pension d'invalidité 3^e catégorie, joindre le justificatif d'attribution
- PHOTOCOPIE**
 - du livret de famille ou de la carte nationale d'identité ou d'un **passport de la Communauté Européenne en cours de validité pour les ressortissants des pays de l'Union Européenne autre que la France**
 - de la carte de résidence ou du titre de séjour (en cours de validité) pour les personnes de nationalité étrangère
- PHOTOCOPIE** du dernier avis d'imposition ou de non-imposition sur le revenu et celui de votre concubin ou de la personne avec laquelle vous avez conclu un PACS **si veuvage au cours de l'année civile ou l'année précédente, joindre :**
 - les deux avis d'imposition ou de non-imposition correspondant l'une à la situation partielle du couple, l'autre à la situation partielle de la personne veuve
 - les justificatifs de vos pensions principales et complémentaires **personnelles** (année en cours)
 - les justificatifs de vos pensions principales et complémentaires **de réversion**
- Formulaire de déclaration des ressources** joint à la demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie
- Si pension étrangère, fournir le justificatif
- PHOTOCOPIE** du dernier relevé des taxes foncières sur les propriétés bâties et non bâties **autre que résidence principale**
- Si Majoration pour Tierce Personne (MTP), Prestation Complémentaire pour Recours à une Tierce Personne (PC RTP) ou une assurance dépendance, joindre la copie de la notification
- Si vous percevez une rente viagère constituée par vous-même ou vos enfants pour vous prémunir contre le risque de perte d'autonomie, joindre les justificatifs
- Si jugement de mise sous tutelle, nom, adresse du tuteur, copie du jugement et relevé d'identité bancaire ou postal au nom du bénéficiaire (ou au nom du bénéficiaire avec la précision « sous tutelle de...nom du tuteur... »)
- Si divorce ou séparation depuis le dernier avis d'imposition, le jugement de divorce ou séparation
- Un relevé d'identité bancaire ou postal **établi au nom du demandeur (ou au nom de Monsieur et Madame si compte-joint)**

DEMANDE D'AIDE À DOMICILE

à compléter par le demandeur

N° dossier SOLIS

AIDE DEMANDÉE selon la situation de la personne qui en fait la demande, ce dossier peut être transmis au Département ou à la caisse de retraite du demandeur

ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE À DOMICILE

IDENTITÉ DU DEMANDEUR

	Personne pour laquelle l'allocation est demandée	Conjoint ou personne vivant maritalement*
NOM (marital pour les femmes)		
NOM de jeune fille		
PRÉNOM	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	
DATE DE NAISSANCE	le / /	le / /
LIEU DE NAISSANCE	à	à
NATIONALITÉ (Française, Union Européenne, autre, à préciser)	Date d'arrivée en France	
N° sécurité sociale		
Régime de retraite principale (CARSAT, ANGDM, RSI, MSA, SNCF, autre)		
N° de retraite		
		Profession le cas échéant

* Il peut s'agir du conjoint, du concubin ou de la personne avec laquelle le demandeur a conclu un pacte civil de solidarité (PACS)

SITUATION FAMILIALE

- Célibataire Marié(e) Vivant maritalement Titulaire d'un PACS
 Divorcé(e) Veuf(ve) depuis le

Lieu de résidence du conjoint ou de la personne vivant maritalement si différent du demandeur

Préciser l'adresse du conjoint

- Adresse domicile Adresse établissement

ADRESSE DU DEMANDEUR

S'AGIT-IL DE VOTRE DOMICILE PERSONNEL ?

Depuis quelle date y demeurez-vous ?

(si moins de 3 mois, remplir la rubrique **adresse précédente**)

N° - Rue

Commune Code postal

Tél domicile Tél portable

Adresse mail

- Vous êtes** Propriétaire Locataire Colocataire
 Logé(e) à titre gracieux Usufruitier

À quelle date avez-vous quitté votre domicile personnel ?

S'AGIT-IL D'UN AUTRE DOMICILE ?

- Famille d'accueil agréée Date d'arrivée
- Établissement d'Hébergement pour Personnes âgées Date d'arrivée
- Résidence autonomie (ex foyer logement) Date d'arrivée
- Autre domicile (enfants, centre pénitentiaire, ...) Date d'arrivée

Lien de parenté

Nom

N° - Rue

Commune Code postal

ADRESSE PRÉCÉDENTE

(à ne remplir que si l'intéressé(e) réside en Moselle depuis moins de 3 mois)

Nom

N° - Rue

Commune Code postal

Date d'arrivée à ce domicile Date de départ de ce domicile

Précisez s'il s'agissait

- Famille d'accueil agréée (loi du 10/07/1989) Résidence autonomie (ex foyer logement)
 Domicile personnel Autre (à préciser)

Nom du demandeur Prénom du demandeur

COORDONNÉES DE VOTRE MÉDECIN TRAITANT

Nom

Adresse

..... Téléphone

Souhaitez-vous sa présence lors de la visite de l'équipe médico-sociale ? OUI NON

AUTRES RENSEIGNEMENTS

Vous bénéficiez actuellement

• de la Majoration Tierce Personne (MTP) OUI NON
versée par la CARSAT ou un autre organisme (caisse de retraite, ...)
si oui joindre une copie de la notification

• de la Prestation Complémentaire pour Recours à une Tierce Personne (PC RTP) OUI NON
si oui joindre une copie de la notification

• d'une assurance dépendance OUI NON
versée par un organisme de sécurité sociale d'un État membre de l'Union Européenne
si oui joindre une copie de la notification

• de l'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP) OUI NON

• de la Prestation Compensation du Handicap (PCH) OUI NON

• de la Prestation Expérimentale Dépendance (PED) OUI NON

• de l'Aide Ménagère à Domicile au titre de l'aide sociale départementale OUI NON

• de l'Aide Ménagère à Domicile au titre de l'action sociale de la caisse de retraite OUI NON

• de l'Aide Ménagère à Domicile à titre privé OUI NON

} OUI NON
 OUI NON
Nbre d'heures/mois
Organisme intervenant

Précisez si vous faites l'objet

d'une mesure de sauvegarde curatelle tutelle de justice

Indiquer les coordonnées du tuteur

N° - Rue

Commune Code postal

En cas de rejet de ma demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie, j'autorise le Président du Département à transmettre mon dossier à l'organisme compétent pour accorder une prise en charge de services ménagers

OUI NON

En cas d'accord, l'Allocation Personnalisée d'Autonomie, destinée à financer l'intervention d'un service d'aide à domicile, sera directement versée mensuellement à ce service, sur présentation de sa facture.

CARTE MOBILITÉ INCLUSION (CMI)

(certificat médical obligatoire voir notice d'information jointe au dossier APA)

Souhaitez-vous bénéficier de la CMI mention **INVALIDITÉ** ou mention **PRIORITÉ** ?

OUI NON

Souhaitez-vous bénéficier de la CMI mention **STATIONNEMENT POUR PERSONNE HANDICAPÉE** ?

OUI NON

PERSONNE À CONTACTER POUR TOUT RENSEIGNEMENT COMPLÉMENTAIRE NÉCESSAIRE À L'ÉVOLUTION DE VOTRE SITUATION

Souhaitez-vous qu'une copie de la décision APA soit transmise à la personne à contacter pour tout renseignement complémentaire nécessaire à votre situation ?

OUI NON

Nom - Prénom

Qualité ou parenté

N° - Rue

Commune Code postal

Tél. domicile Tél. professionnel Tél. portable

Adresse mail

PERSONNE À CONTACTER POUR UNE VISITE À DOMICILE

Nom - Prénom

Qualité ou parenté

N° - Rue

Commune Code postal

Tél. domicile Tél. professionnel Tél. portable

Adresse mail

Toute fraude, fausse déclaration ou falsification de document, tentative de percevoir des prestations au titre de l'aide sociale, expose à des sanctions pénales et financières prévues par les articles L.433-19, L.441-7, L.313-1 & L.313-3 du Code Pénal.

Je soussigné(e) agissant

en mon nom propre

en ma qualité de représentant de M./M^{me}

certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus ainsi que ceux des pièces justificatives fournis dans le cadre d'une demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) à domicile.

Je m'engage à signaler tout changement concernant ma situation.

Fait à le

Nom, prénom et signature du demandeur ou de son représentant (préciser la qualité)

DÉCLARATION DES RESSOURCES

perçues l'année civile précédant la demande

NOM et prénom du demandeur

RESSOURCES ANNUELLES	MONTANT ANNUEL PERÇU par le demandeur	MONTANT ANNUEL PERÇU par le conjoint, concubin ou la personne avec qui le demandeur a conclu un PACS
PENSIONS ET RETRAITES (y compris retraites complémentaires) Indiquer le nom de l'organisme payeur → → →		
PENSIONS ÉTRANGÈRES <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON (si oui joindre les justificatifs) → →		
SALAIRES → →		
PENSION INVALIDITÉ (préciser le nom de l'organisme payeur et à quel titre Ex. accident du travail, maladie professionnelle, ...) → organisme → au titre de		
INDEMNITÉS JOURNALIÈRES →		
PENSIONS ALIMENTAIRES VERSÉES PAR LES ENFANTS →		
RENTE VIAGÈRE (préciser le nom de l'organisme payeur) → A-t-elle été souscrite dans le but de vous prémunir contre la perte d'autonomie ? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI* * Si OUI, joindre le justificatif		
AVANTAGES EN NATURE (chauffage, loyer, ...) →		

RESSOURCES NE FIGURANT PAS SUR L'AVIS D'IMPOSITION OU DE NON IMPOSITION	MONTANT PERÇU par le demandeur	MONTANT PERÇU par le conjoint, concubin ou la personne avec qui le demandeur a conclu un PACS
REVENUS SOUMIS AU PRÉLÈVEMENT LIBÉRATOIRE (en application des articles 125-0-A et 125-D du code général des impôts)		

ÊTES-VOUS PROPRIÉTAIRE (OU USUFRUITIER) ?

- NON** Vous n'avez pas à remplir le tableau ci-dessous
- OUI** Remplir **OBLIGATOIREMENT** le **tableau ci-dessous** et joindre la photocopie du (des) dernier(s) relevé(s) de la taxe foncière sur les propriétés bâties et non bâties autre que **résidence principale**

BIENS IMMOBILIERS (propriétés bâties et non bâties) Situation au 31 décembre de l'année civile précédant la demande				
DÉSIGNATION (immeubles, terrains, ...)	ADRESSE	USAGE	MONTANT ANNUEL des loyers ou fermages	VALEUR LOCATIVE ⁽¹⁾
Résidence principale		<input type="checkbox"/> OCCUPÉ PAR ⁽²⁾ <input type="checkbox"/> NON OCCUPÉ		
AUTRES BIENS		<input type="checkbox"/> NON LOUÉ NON EXPLOITÉ <input type="checkbox"/> LOUÉ		
		<input type="checkbox"/> NON LOUÉ NON EXPLOITÉ <input type="checkbox"/> LOUÉ		
		<input type="checkbox"/> NON LOUÉ NON EXPLOITÉ <input type="checkbox"/> LOUÉ		

⁽¹⁾ La valeur locative est indiquée sur l'avis des taxes foncières ligne (base) ou sur le relevé cadastral

⁽²⁾ Indiquer le cas échéant le lien de parenté

CERTIFICAT MÉDICAL

ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE ET CARTE MOBILITÉ INCLUSION

(mention STATIONNEMENT ou PRIORITÉ ou INVALIDITÉ)

Cher confrère,

Dans l'intérêt de votre patient, je vous remercie de bien vouloir lui transmettre, sous pli confidentiel, ce certificat médical circonstancié pour qu'il le joigne à son dossier de **demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie et/ou la Carte Mobilité Inclusion à l'attention des médecins du Département et de la Maison Départementale des Personnes Handicapées de Moselle.**

Je me permets de vous rappeler que l'équipe médicale et l'ensemble des services sont astreints au secret professionnel (article 226-13 du nouveau Code Pénal) et que **le certificat médical est obligatoire et essentiel pour toute demande de CMI** (articles R 146-26 et D 245-25 du CASF).

Comptant sur votre collaboration, je vous prie d'agréer, cher confrère, l'expression de mes salutations distinguées

Ce certificat médical est à retourner sous PLI CONFIDENTIEL à l'adresse suivante :

Département de la Moselle
Solidarité • Politique de l'Autonomie
Hôtel du Département • 1, rue du Pont Moreau • CS 11096 • 57036 Metz Cedex 1

Accueil physique: 28/30, avenue André Malraux • Metz • **Tél. 03 87 56 31 31**

Le médecin Contrôleur
des Lois d'Aide Sociale

ÉTAT CIVIL

NOM PRÉNOM

NOM DE JEUNE FILLE

DATE DE NAISSANCE VILLE

ADRESSE

.....

.....

Taille Poids

PATHOLOGIES PRINCIPALES MOTIVANT LA DEMANDE

Diagnostic médical

Date de début des troubles

Autres pathologies ayant un retentissement sur la vie quotidienne et contribuant à la demande

DÉFICIENCES INTELLECTUELLES ET/OU TROUBLES DU PSYCHISME OU DU COMPORTEMENT

Troubles de la mémoire et de l'orientation

Dernier score MMS réalisé / 30 Date Lieu

Trouble(s) du comportement

- inversion rythme nyctéméral fugues agressivité mises en danger
 autres

Trouble(s) psychique(s) (dépression, psychoses,...)

DÉFICIENCES AUDITIVES

NON OUI surdité complète

Appareillage fonctionnel NON OUI

DÉFICIENCES VISUELLES (joindre un compte-rendu d'ophtalmologiste si disponible)

NON OUI (à préciser)

Acuité visuelle si connue à D = à G =

Correction NON OUI

DÉFICIENCES DU LANGAGE

NON OUI type

DÉFICIENCES CARDIAQUE ET/OU RESPIRATOIRE ayant un retentissement sur la vie quotidienne

dyspnée stade

trachéotomie oxygénothérapie à domicile durée

autres

DÉFICIENCES MOTRICES ET DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR

Paralysie MSD MSG MID MIG Côté dominant G D
Périmètre de marche (indispensable)
Besoin d'accompagnement à l'extérieur NON OUI
Autre(s) trouble(s) fonctionnel(s)
Chute éventuelle NON OUI Fréquence =
Appareillage à préciser (cane, déambulateur, fauteuil roulant) à l'intérieur à l'extérieur

DÉFICIENCES ENDOCRINIENNES

Diabète NON OUI
Complications: mal perforant NON OUI neuropathie NON OUI
artériopathie NON OUI rétinopathie NON OUI
hypoglycémie sévère avec malaises NON OUI
Autres

DÉFICIENCES DIGESTIVES

Trouble(s) de la déglutition et du transit: stomie anale gastrostomie
Incontinence anale: permanente occasionnelle

DÉFICIENCES URINAIRES

Type de trouble(s)
Incontinence urinaire permanente occasionnelle
 sonde urinaire stomie urinaire dialyse couches nombre par jour

TRAITEMENT

Capacité à gérer son traitement NON OUI

INTERVENTION IDE EN COURS

1 fois/jour 2 fois/jour
 soins particuliers (pansements, sondages, soins stomies, escarres, ...)
 injections

ATTITUDE PSYCHOLOGIQUE

coopérant opposant
 indifférent démissionnaire
Sur la journée nécessite une surveillance
 constante ponctuelle

AUTRES PARAMÉDICAUX EN COURS

Auxiliaire de vie NON OUI
(toilette-habillage)
Kinésithérapeute NON OUI
Orthophoniste NON OUI

Peut faire avec stimulation

Toilette NON OUI
Habillage NON OUI
Alimentation NON OUI
Autres NON OUI (à préciser)

OBSERVATIONS ÉVENTUELLES

.....
.....
.....

CONSÉQUENCES DES DÉFICIENCES

DÉTERMINATION DU GROUPE AGGIR

A: fait seul, spontanément, totalement, correctement, habituellement

B: fait plus ou moins spontanément, totalement, correctement, habituellement

C: ne fait pas du tout

		A, B ou C
COHÉRENCE	converser et/ou se comporter de façon logique et sensée	
ORIENTATION	se repérer dans le temps, les moments de la journée, les lieux	
TOILETTE	hygiène corporelle	HAUT
		BAS
HABILLAGE	s'habiller, se déshabiller, se présenter + appareillage	HAUT
		MOYEN
		BAS
ALIMENTATION	manger les aliments préparés	SE SERVIR⁽¹⁾
		MANGER
ÉLIMINATION	assurer l'hygiène de l'élimination	URINAIRE
		FÉCALE
TRANSFERTS	se lever, se coucher, s'asseoir	
DÉPLACEMENTS INTÉRIEURS⁽²⁾	avec <input type="checkbox"/> canne <input type="checkbox"/> déambulateur <input type="checkbox"/> fauteuil roulant	
DÉPLACEMENTS EXTÉRIEURS	à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport avec <input type="checkbox"/> canne <input type="checkbox"/> déambulateur <input type="checkbox"/> fauteuil roulant	
COMMUNICATION	à distance, téléphone, sonnette, alarme	

À, le

Signature et cachet

Horaires auxquels vous pouvez être joint

à votre cabinet médical

Tél

⁽¹⁾ Se servir: peler un fruit, ouvrir un yaourt, couper sa viande, se verser un verre

⁽²⁾ L'utilisation par la personne seule de cannes, d'un déambulateur ou d'un fauteuil roulant peut lui permettre d'être parfaitement indépendante pour ses déplacements

L'ACTION SOCIALE DES CAISSES DE RETRAITE POUR LES PERSONNES ÂGÉES À DOMICILE

Outre la gestion des retraites, les organismes de protection sociale sont chargés de développer sur leur territoire de compétence respectif, une politique d'action sociale en faveur de leurs retraités.

Celle-ci est destinée en particulier à leurs ressortissants qui ont besoin d'une aide à domicile mais ne peuvent bénéficier de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie en raison de leur niveau de perte d'autonomie.

- **Toutes ces caisses de retraite attribuent des prestations individuelles de maintien à domicile, en fonction de règles propres à chaque institution.**
- Pour connaître les prestations servies par chaque organisme (aide ménagère, garde à domicile, aide à l'amélioration de l'habitat, ...), **adressez-vous à votre caisse de retraite principale :**

CAISSE DE RETRAITE ET SANTÉ AU TRAVAIL (CARSAT) ALSACE-MOSELLE	
36 rue du Doubs 67011 STRASBOURG CEDEX 1	Tél. 3960 www.carsat-alsacemoselle.fr
AGENCE NATIONALE POUR LA GARANTIE DES DROITS DES MINEURS (ANGDM)	
Service Social Pôle Est 21 avenue Foch BP 60570 57018 METZ CEDEX 1	Tél. 03 87 39 73 57 www.angdm.fr
MUTUALITÉ SOCIALE AGRICOLE (MSA)	
MSA Lorraine 15 avenue Paul Doumer 54507 VANDŒUVRE-LÈS-NANCY	Prestations sociales Tél. 03 83 50 35 20 www.msalorraine.fr
RÉGIME SOCIAL DES INDÉPENDANTS (RSI)	
Antenne de Metz • Accueil des assurés 3 place du Roi Georges 57000 METZ	Tél. 0811 46 78 01 Pôle social 3648 (coût d'un appel local) www.rsi.fr/lorraine

LES SERVICES MÉNAGERS À DOMICILE PRIS EN CHARGE PAR L'AIDE SOCIALE DU DÉPARTEMENT

Pour les personnes âgées de plus de 60 ans qui ont besoin d'une aide ménagère à domicile mais qui :

- ne peuvent pas bénéficier de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) en raison du niveau de leur perte d'autonomie
- ne peuvent pas bénéficier de l'action sociale de leur caisse de retraite
- disposent de ressources d'un montant inférieur au plafond d'attribution du minimum vieillesse

Si vous remplissez ces 3 conditions, l'équipe médico-sociale chargée de votre dossier d'APA pourra être amenée à vous proposer cette prestation afin d'assurer la prise en charge de votre aide ménagère à domicile.

Cette prestation est soumise à une instruction administrative complémentaire et aux règles traditionnelles de l'Aide Sociale.

L'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE (APA) À DOMICILE

Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie modifiée par la Loi n° 2003-289 du 31 mars 2003. Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

POUR QUI ?

- Toute personne âgée de 60 ans ou plus, résidant en France, qui se trouve dans l'incapacité d'assurer les conséquences du manque ou de la perte d'autonomie liées à son état physique ou mental, a droit à une Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) permettant une prise en charge adaptée à ses besoins.
- **La perte d'autonomie est définie comme l'état de la personne qui, nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir, a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou requiert une surveillance régulière.**
- L'APA concerne les personnes classées dans les groupes 1 à 4 de la grille AGGIR (Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources) qui en compte 6.

→ L'APA ne met pas en jeu l'obligation alimentaire des enfants et petits-enfants (article 205 du Code civil).

→ L'APA ne donne pas lieu à récupération sur la succession ou les donations du bénéficiaire.

POUR QUOI ?

- Une prestation en nature accordée dans les limites de plafonds fixés par voie réglementaire et destinée selon le plan d'aide recommandé par l'équipe médico-sociale :
- Avoir recours aux prestations de services d'aide à domicile autorisés.*
- Rémunérer le(s) salarié(s) que la personne âgée emploie, qui ne peut être ni son conjoint, ni son concubin, ni la personne avec laquelle elle a conclu un Pacte Civil de Solidarité (PACS).
- Financer d'autres aides (téléalarme, articles d'hygiène, hébergement temporaire, ...) directement liées à la perte d'autonomie du bénéficiaire ou pour soutenir ou remplacer son proche aidant.

Une prestation non cumulable avec :

- L'Aide Ménagère (de l'Aide Sociale du Département).
- L'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP) ou la Prestation de Compensation du Handicap (PCH).
- La Majoration pour Tierce Personne (MTP).
- La Prestation Expérimentale Dépendance (PED).
- La Prestation Complémentaire pour Recours à Tierce Personne (PCRTP).

QUEL MONTANT ?

→ **Le montant de l'APA** est égal au montant du plan d'aide utilisé par le bénéficiaire diminué d'une participation financière à sa charge.

→ **Les montants maximum de l'APA** varient en fonction du Groupe Iso-Ressources (GIR) défini pour la personne âgée.

GIR 1 1914,04 €

GIR 2 1547,93 €

GIR 3 1118,61 €

GIR 4 746,54 €

→ **La participation financière du bénéficiaire** varie en fonction du montant du plan d'aide et de ses ressources.

MONTANT DES RESSOURCES	PARTICIPATION
inférieures à 864,60 €	Pas de participation
de 864,60 € à 3184,11 €	Participation financière proportionnelle aux revenus et au montant du plan d'aide
supérieures à 3184,11 €	Participation égale à 90% du montant du plan d'aide

→ **L'APA n'est pas versée** si le montant de l'allocation - déduction faite de la participation du bénéficiaire - est inférieur ou égal à 3 fois la valeur brute du SMIC horaire soit **34,56 €**.

→ **Le montant de l'APA et la participation éventuelle du bénéficiaire sont déterminés à partir des tarifs de référence arrêtés par le Président du Département. Les demandeurs sont informés qu'un reste à charge est susceptible de leur être facturé par les intervenants qu'ils auront choisis pour réaliser leur plan d'aide.**

COMMENTENBÉNÉFICIER ?

→ **Par voie postale en envoyant un dossier de demande d'APA au :**

Département de la Moselle
Solidarité • Politique de l'Autonomie
1 rue du Pont Moreau
CS 11096
57036 Metz Cedex 1

→ En ligne : www.moselle.fr

→ Après instruction administrative et évaluation médico-sociale du besoin d'aide.

→ Sur décision du Président du Département.

OÙ SE RENSEIGNER ?

→ Pour tout renseignement :

numéro d'appel

03 87 56 31 31

du lundi au vendredi

de 9 h à 12 h et de 13 h 30 à 16 h 30

Accueil physique :

28/30, avenue André Malraux • Metz

E-mail : celluleapa@moselle.fr

Site internet : www.moselle.fr

ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE (APA) À DOMICILE

Attribution, gestion et contrôle de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) à domicile prévue aux articles L. 232-1 et L. 232-2 du Code de l'Action Sociale et des Familles

(Décret n° 2017-880 du 9 mai 2017 autorisant les traitements de données à caractère personnel destinés à la mise en œuvre de l'allocation personnalisée d'autonomie et de l'aide sociale à l'hébergement)

Les informations recueillies vous concernant, font l'objet d'un traitement informatique, auquel vous consentez, destiné à instruire votre demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) à domicile et, le cas échéant, de carte mobilité inclusion (CMI), ainsi qu'à contrôler vos droits après attribution. Le Département de la Moselle est le responsable de traitement.

Le traitement est nécessaire au respect d'une obligation légale à laquelle le responsable du traitement est soumis (Article 6-1 C du RGPD). Cette aide s'inscrit dans le cadre réglementaire suivant :

- **Code de l'action sociale et des familles (CASF);**
- **Règlement départemental d'aide sociale.**

Les données enregistrées sont celles des formulaires liés à la demande d'APA à domicile et de CMI, ainsi que les informations librement fournies par l'usager lors de l'évaluation à domicile par l'équipe médico-sociale du Département. Les données n'ont pas pour finalité une prise de décision automatisée ou de profilage. L'ensemble des données est obligatoire, tout défaut de réponse entrainera l'impossibilité de traiter votre dossier.

Les moyens techniques mis en œuvre respectent les meilleures pratiques de sécurité en vigueur, notamment celles énoncées par les autorités compétentes.

Seuls les personnels habilités peuvent avoir accès à vos données. Ils sont soumis à des obligations de confidentialité imposées par notre politique interne en la matière. Aucun transfert de données hors de l'Union européenne n'est réalisé.

Les données et catégories de données sont celles énumérées à l'article Art. R.232-41 du CASF.

L'article R.232-44 du CASF liste les catégories de personnes pouvant accéder aux données pour la gestion des aides. Les informations enregistrées sont destinées aux services instructeurs et d'évaluation du Département et ne peuvent être communiquées, en cas de besoin nécessaire à l'instruction de votre situation, qu'aux destinataires dûment habilités et intervenant strictement dans le cadre de votre dossier, listés à l'article R 232-45 du CASF.

Les décisions sont notifiées à la personne ayant formulé la demande d'allocation.

Les données enregistrées sont conservées conformément aux prescriptions des archives départementales et à l'article Art. R. 232-46 du CASF, soit pendant six ans après la cessation du droit à la prestation. À l'issue de cette période, vos données seront détruites ou archivées.

Conformément au cadre juridique sur la protection des données personnelles en vigueur (Règlement Général de Protection des Données - RGPD et Loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978, modifiée en 2019), vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de limitation des informations qui vous concernent. Vous pouvez définir le sort de vos données après votre décès.

L'ensemble de ces demandes doivent être adressées, en justifiant de votre identité, par voie postale au Délégué à la Protection des Données - Hôtel du Département - 1 rue du Pont Moreau - CS 11096 57036 METZ Cedex 1 ou par courriel à l'adresse : dpo@moselle.fr.

Le droit d'opposition ne s'applique pas à ce traitement dans la mesure où ce dernier découle d'une obligation légale.

Vous pouvez également introduire une réclamation auprès de la CNIL (3, place Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris cedex www.cnil.fr).

LA CARTE MOBILITÉ INCLUSION (CMI)

Qu'est-ce que la CMI ?

La **Carte Mobilité Inclusion (CMI)** vient remplacer les cartes d'invalidité, de priorité et de stationnement délivrées aux personnes handicapées et aux personnes âgées dépendantes.

Elle est délivrée par le **Président du Département**. Sa fabrication et son envoi sont réalisés par l'**Imprimerie Nationale**.

Trois mentions peuvent figurer sur cette carte :

- **Invalidité**
- **Priorité pour personnes handicapées**
- **Stationnement pour personnes handicapées**

Comment obtenir la CMI ?

Vous pouvez demander la **Carte Mobilité Inclusion (CMI)** en complétant le **formulaire de demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)**, ainsi que le **certificat médical** joint.

Vous êtes reconnu(e) en GIR 1 ou 2*

La CMI avec mention **invalidité** et **stationnement pour personnes handicapées** vous est attribuée à titre définitif.

Vous êtes reconnu(e) en GIR 3 à 6*

La **Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH)** de la Moselle instruit et procède à l'évaluation de votre demande.

* Selon son degré de dépendance, la personne âgée est rattachée à un Groupe Iso-Ressources (GIR), allant de 1 à 6, le niveau 1 correspondant au niveau le plus élevé de dépendance.

Si vous avez déjà une carte

Vous conservez celle-ci jusqu'à son terme et demanderez, si besoin, une CMI six mois avant son échéance.

Si votre carte actuelle n'a pas de date de fin ou se termine après le 31 décembre 2026, vous pouvez l'utiliser jusqu'à ce terme et demander ensuite une CMI avant le **30 juin 2026**.

Les différentes mentions de la Carte Mobilité Inclusion (CMI)

Invalidité

Vous avez un taux d'**incapacité permanente d'au moins 80%**.

Cette mention vous permet d'obtenir :

- **une priorité d'accès** aux places assises dans les transports en commun, les espaces et salles d'attente, ainsi que dans les établissements et les manifestations accueillant du public
- **une priorité dans les files d'attente.**

Ces avantages sont aussi valables pour la personne qui vous accompagne dans vos déplacements.

La CMI **Invalidité** permet aussi de bénéficier :

- des dispositions relatives à l'**obligation d'emploi** des travailleurs handicapés
- de divers **avantages fiscaux**, comme, par exemple, le bénéfice, sous conditions, d'une demi-part supplémentaire pour le calcul de l'impôt sur le revenu
- de différents **avantages commerciaux**, sous certaines conditions, par exemple dans les transports.

La mention invalidité peut enfin être accompagnée d'une sous-mention :

- **besoin d'accompagnement**, s'il est nécessaire que vous soyez accompagné(e) dans vos déplacements
- **besoin d'accompagnement cécité**, si votre vision centrale est inférieure à 1/20^e de la normale.

Priorité pour les personnes handicapées

Vous êtes atteint(e) d'une incapacité rendant la **station debout pénible**.

Cette mention vous permet 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
- **une priorité dans les files d'attente.**

Stationnement pour personnes handicapées

Vous êtes atteint(e) d'un handicap qui **réduit de manière importante et durable** votre capacité et votre autonomie de déplacement à pied ou qui vous impose d'être accompagné(e) par une tierce personne dans vos déplacements.

Cette mention vous permet d'utiliser **gratuitement et sans limitation de durée***, toutes les places de stationnement ouvertes au public. Elle concerne également la tierce personne qui vous accompagne dans le même véhicule.

* La durée de stationnement peut être limitée sur décision des autorités compétentes en matière de circulation et de stationnement, sans toutefois pouvoir être inférieure à 12 heures.

CARTE MOBILITÉ INCLUSION (CMI)

Attribution, gestion et contrôle de la carte mobilité inclusion (CMI) prévue à l'article L. 241-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles

Les informations recueillies vous concernant font l'objet d'un traitement informatique, auquel vous consentez, destiné à instruire votre demande de carte mobilité inclusion (CMI) et, le cas échéant, à contrôler vos droits après attribution. Le Département de la Moselle est le responsable de traitement.

Le traitement est nécessaire au respect d'une obligation légale à laquelle le responsable du traitement est soumis (Article 6-1 C du RGPD). Cette aide s'inscrit dans le cadre réglementaire suivant :

- **Code de l'action sociale et des familles (CASF);**
- **Règlement départemental d'aide sociale.**

Les données enregistrées sont celles du formulaire lié à la demande de CMI, ainsi que les informations librement fournies par l'usager lors de l'évaluation à domicile par l'équipe médico-sociale du Département. Les données n'ont pas pour finalité une prise de décision automatisée ou de profilage. L'ensemble des données est obligatoire, tout défaut de réponse entrainera l'impossibilité de traiter votre dossier.

Les moyens techniques mis en œuvre respectent les meilleures pratiques de sécurité en vigueur, notamment celles énoncées par les autorités compétentes.

Les données du formulaire sont destinées aux services instructeurs du Département et de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) de la Moselle.

Seuls les personnels habilités peuvent avoir accès à vos données. Ils sont soumis à des obligations de confidentialité imposées par notre politique interne en la matière. Aucun transfert de données hors de l'Union européenne n'est réalisé.

La décision est notifiée à la personne ayant formulé la demande de CMI.

Les données enregistrées sont conservées conformément aux prescriptions des archives départementales, soit jusqu'à six mois après l'expiration de validité de la CMI ou le décès du bénéficiaire. À l'issue de cette période, vos données seront détruites ou archivées.

Conformément au cadre juridique sur la protection des données personnelles en vigueur (Règlement Général de Protection des Données - RGPD et Loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978, modifiée en 2019), vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de limitation des informations qui vous concernent. Vous pouvez définir le sort de vos données après votre décès.

L'ensemble de ces demandes doivent être adressées, en justifiant de votre identité, par voie postale au Délégué à la Protection des Données - Hôtel du Département - 1 rue du Pont Moreau - CS 11096 57036 METZ Cedex 1 ou par courriel à l'adresse : dpo@moselle.fr.

Le droit d'opposition ne s'applique pas à ce traitement dans la mesure où ce dernier découle d'une obligation légale.

Vous pouvez également introduire une réclamation auprès de la CNIL (3, place Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris cedex www.cnil.fr).