

## Demande de révision de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)

Formulaire réservé aux personnes bénéficiaires de l'APA à domicile

### Coordonnées du bénéficiaire

Madame  Monsieur

N° classothèque

Nom

Adresse de résidence actuelle

Prénom

Date de naissance

Téléphone

Courriel

### Votre demande est liée à :

#### Votre santé

Vous êtes hospitalisé depuis le

Vous avez été hospitalisé(e)  
du  au

➔ Dans les deux cas, joindre le bulletin  
d'hospitalisation

Votre état de santé s'aggrave

Précisez :

#### Votre plan d'aide

Votre conjoint(e) ou la personne qui vous aide  
habituellement n'est plus présente.

Précisez :

La personne qui vous aide habituellement a besoin  
d'un temps de répit.

Vous avez changé de service d'aide à domicile  
nom du nouveau service :

date du changement :

Vous avez besoin de plus d'aide

Autre (précisez) :

## **Vous souhaitez :**

<b>Une prestation supplémentaire</b>	<b>Une augmentation de votre APA pour :</b>
<p><input type="checkbox"/> Aide technique (joindre les devis) Précisez : <input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> Téléalarme</p> <p><input type="checkbox"/> Frais de protection urinaire</p> <p><input type="checkbox"/> Portage de repas Combien de repas livrés ? <input type="text"/> / semaine</p> <p><input type="checkbox"/> Frais de personnel pour de l'aide à la personne Précisez : <input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> Carte Mobilité Inclusion mention Stationnement</p> <p><input type="checkbox"/> Carte Mobilité Inclusion mention Invalidité</p> <p><input type="checkbox"/> Autre (précisez) : <input type="text"/></p>	<p><input type="checkbox"/> Les frais de personnel Précisez votre besoin (motif et nombre d'heures) <input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> Les portages de repas Combien de repas supplémentaires par semaine : <input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> Les frais de protection urinaire</p> <p><input type="checkbox"/> Accueil de jour ou hébergement temporaire Précisez : <input type="text"/></p>

Date :

**Si le formulaire est complété avec l'aide d'une autre personne, précisez :**  
**sa qualité :**

**ses coordonnées :**

Nom et Prénom

Téléphone

Courriel

Adresse

**Informations complémentaires**