



Allocation Personnalisée d'Autonomie

Demande de révision du dossier APA

(Imprimé à joindre obligatoirement à chaque demande)

BENEFICIAIRE :

Nom : _____ Prénom : _____

N° de dossier : _____ Téléphone : ____/____/____/____/____

Adresse : _____

Date de naissance : ____/____/____

Personne référente : _____ Lien de parenté : _____

Adresse : _____

Téléphone : ____/____/____/____/____

EXISTANT :

Service intervenant (nom du service) : _____

Nombre d'heures par mois : _____

Emploi direct Nombre d'heures par mois : _____

OBJET DE LA DEMANDE DE REVISION :

➤ Sortie d'hospitalisation (joindre bulletin de situation) : Oui Non

➤ Récupération de l'autonomie : Oui Non

➤ Perte d'autonomie : Oui Non

➤ Changement de situation : Oui Non

De domicile, nouvelle adresse : _____

Absence de l'aidant

Autre, préciser : _____

PRECISEZ VOTRE SOUHAIT :

Aide à la toilette / habillage / déshabillage

Aide à l'hygiène de l'élimination

Aide à la préparation des repas et/ou à la prise

Aide à l'entretien des pièces à vivre

Mise en place d'une téléalarme

Mise en place d'un accueil de jour

Aide à la mobilisation / déplacements / transfert

Mise en place d'un portage des repas

Aide aux courses

Aide à l'entretien du linge

Aide pour le matériel à usage unique

Observation(s) : _____

Nom et signature du bénéficiaire ou
du représentant légal (obligatoire)

Le ____/____/____

Signature et cachet du service (si service prestataire)

Le ____/____/____

**A envoyer à : Direction des Politiques d'Autonomie et de Solidarité
Service d'Accès aux Droits des Usagers, Coordinatrice de l'Equipe d'Evaluation
28 rue Fernand Christ 02011 LAON CEDEX**

Avis de l'évaluatrice :

VAD

réajustement PII sans VAD