

Carcassonne le 4 novembre 2021

La Présidente du Conseil départemental

à

Mairie  
2 Rue des Ecoles

11220 TOURNISSAN

DIRECTION GENERALE ADJOINTE  
SOLIDARITES HUMAINES

Direction de l'autonomie

Service aide sociale générale

Affaire suivie par Laure Provoost

Tél : 04.68.11.69.23

Fax : 04.68.11.68.98

[laure.provoost@aude.fr](mailto:laure.provoost@aude.fr)

Objet : Dématérialisation de la demande d'APA

P.J. : flyer, certificat médical

Madame le Maire, Monsieur le Maire,

La mise en œuvre de la dématérialisation est un axe fort de la politique du Département, prévu dans le schéma départemental des solidarités 2021-2025.

L'objectif est de favoriser l'accès aux services publics, garantir sa simplification et un traitement plus rapide des demandes administratives.

Dans ce cadre, le Département de l'Aude a récemment mis en place un formulaire de demande en ligne de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie, permettant aux usagers soit de faire une demande dématérialisée soit de faire une demande papier.

Simple et pratique, cet outil permet d'effectuer la démarche sans avoir à se déplacer. Le formulaire est accessible via le site internet du Département :


[www.aude.fr/apa-formulaire-demande-en-ligne](http://www.aude.fr/apa-formulaire-demande-en-ligne)

Par ailleurs, nous vous informons qu'un nouveau modèle de certificat médical est à utiliser pour les demandes d'APA à domicile, également disponible sur le site du département et dont vous trouverez un exemplaire ci-joint.

Notre service reste à votre disposition pour toute information complémentaire concernant cette nouvelle démarche.

Je vous prie d'agréer, Madame le Maire, Monsieur le Maire, l'assurance de ma considération distinguée.

Pour la Présidente du Conseil  
départemental, et par délégation,  
La Chef de service  
Aide sociale générale,

  
Alice BELMONTE

## Certificat médical relatif à une demande d'APA à domicile avec ou sans demande de CMI

Ce certificat médical est adressé au médecin de l'équipe médico-sociale (EMS) en charge de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) du département.

Il peut donner lieu à un échange et partage d'informations au sein de l'EMS APA qui constitue une équipe de soins. Les informations communiquées avec l'accord de votre patient serviront à établir le plan d'aide APA le plus adapté à sa situation et à déterminer son éligibilité à une carte mobilité inclusion (CMI).

Vous pouvez joindre à ce certificat les comptes rendus et documents les plus récents et significatifs permettant de mieux comprendre la situation.

Nom(s) : ..... Prénom(s) : .....

Nom de naissance : ..... Né(e) le : .....

Adresse : .....

### 1. Pathologie(s) et signe(s) clinique(s) contribuant à l'atteinte de l'autonomie

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

Précisez les signes cliniques ayant un retentissement significatif sur la vie quotidienne de la personne (apragmatisme, dénutrition, troubles de l'équilibre, troubles cognitifs, troubles de la communication, etc.) :

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

### 2. Prise(s) en charge(s) thérapeutique(s)

Indiquez les prises en charges thérapeutiques présentes de manière prolongée et pouvant avoir des répercussions dans la vie de la personne du fait de mode d'administration, de temps de traitement, de répétitions, d'effets secondaires, de contraintes géographiques, etc. (chimiothérapie, dialyse, ...) :

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

### 3. Perspective d'évolution de l'atteinte de l'autonomie

- Stabilité       Amélioration (préciser la durée prévisible des limitations fonctionnelles : < 1 an  > 1 an  )  
 Aggravation       Evolutivité majeure       Non définie

### 4. Mobilité - Déplacements

> Périmètre de marche ?      < 200 m       > 200 m

> Le patient a-t-il :

- |   | Non                      | Oui                      |
|---|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Une station debout pénible ?                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Une prothèse externe des membres inférieurs ?    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Une oxygénothérapie pour tous ses déplacements ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

> Pour ses déplacements, la personne a-t-elle besoin systématiquement d'une aide ? Non  Oui  (précisez)

Aide humaine (quelles que soient les difficultés rencontrées)

Canne     Déambulateur     Fauteuil roulant

Autre aide technique (précisez) : .....