

## ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE

# FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÉVISION APA À DOMICILE

### IDENTITÉ DU BÉNÉFICIAIRE APA

Nom usuel : .....

Prénoms : .....

Nom de naissance : .....

Né.e le : .....

Adresse : .....

Tél. fixe : ..... Tél. portable : .....

Mail : .....

N° de dossier : .....

### LE DEMANDEUR DE LA RÉVISION

Le bénéficiaire ou son entourage

Hôpital

SAAD (Service d'aide et d'accompagnement à domicile)

Autre : .....

Personne à contacter pour la prise de rendez-vous : Nom : .....

Téléphone : .....

### CONTEXTE ACTUEL

Présence de l'entourage familial :  Oui  Non

Organisme (SAAD) qui assure les interventions : .....

Le SSIAD (Service de Soins Infirmiers À Domicile)

ou l'HAD (Hospitalisation À Domicile) ont-ils été mis en place ?  Oui  Non

Le plan d'aide actuel est-il réalisé dans sa totalité ?  Oui  Non

Si non, pour quelle raison ? .....

### MOTIF

Evolution de la dépendance

Modification de l'environnement du bénéficiaire

Arrêt SSIAD/HAD... le ...../...../.....

Sortie d'hôpital le ...../...../.....

Décès du conjoint le ...../...../.....

Autre motif : .....

## MODIFICATION SOUHAITÉE

Passage supplémentaire nécessaire :

Cette modification a-t-elle un caractère temporaire :  Oui  Non      Urgent :  Oui  Non

Nature des interventions demandées (ex : aide à la toilette, repas...) : .....

Prise en charge de la téléalarme - précisez le nom de l'organisme : .....

Prise en charge de l'accueil de jour :

Etablissement : ..... Nombre de jour/semaine : .....

Prise en charge de l'hébergement temporaire devant avoir lieu du ...../...../..... au ...../...../.....

Etablissement : .....

Réorganisation du plan d'aide (ex : l'organisation n'est plus adaptée, n'est plus mise en place...)

Motif : .....

Suspension des interventions (ex : en cas de changement d'hospitalisation, de vacances...)

du ...../...../..... au ...../...../..... Motif : .....

Arrêt des interventions (ex : en cas de changement de prestataire, entrée en établissement, déménagement...)

Le : ...../...../..... Motif : .....

Autre : .....

## OBSERVATIONS ÉVENTUELLES

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

Fait à : ..... le : ...../...../.....

Signature :

## DOCUMENT À REMETTRE

Conseil Départemental de l'Eure  
Direction Autonomie et Santé  
14, boulevard Georges Chauvin - CS 2101 - 27021 Évreux Cedex  
Tél : 02.32.31.96.84 - Fax : 02.32.39.91.72  
Mail : [paphdomicile@eure.fr](mailto:paphdomicile@eure.fr)

« La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraude ou de fausses déclarations (Article L337-1 du code de la sécurité sociale, article L441-1 du code pénal) ».

Les informations collectées par le Département de l'Eure directement auprès de vous, avec votre consentement, font l'objet d'un traitement manuel et automatisé ayant pour finalité la gestion des allocations personnalisées d'autonomie (APA). Vous disposez du droit de retirer votre consentement à tout moment. Les informations marquées d'un astérisque sont obligatoires et sont nécessaires pour l'attribution de l'aide. À défaut, le Département de l'Eure ne sera pas en mesure de répondre à votre demande. Ces informations sont à destination des services habilités à instruire les dossiers et, le cas échéant, aux administrations et organismes conventionnés par le Département de l'Eure au vu de leur mission spécifique. Elles seront conservées pendant deux ans après la cessation de votre droit à la prestation, ou après l'intervention d'une décision définitive en cas de contentieux. Conformément au Règlement (UE) 2016/679 relatif à la protection des données à caractère personnel, vous disposez des droits suivants sur vos données : droit d'accès, droit de rectification, droit à l'effacement (droit à l'oubli), droit d'opposition, droit à la limitation du traitement, droit à la portabilité. Vous pouvez également définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de vos données à caractère personnel après votre décès. Vous pouvez, pour des motifs tenant à votre situation particulière, vous opposer au traitement des données vous concernant. Pour exercer vos droits, merci d'adresser votre courrier au Département de l'Eure, DPO, 14 Boulevard Georges Chauvin, 27000 Evreux ou courriel [cil@eure.fr](mailto:cil@eure.fr). Merci de joindre la copie d'une pièce d'identité. Sous réserve d'un manquement aux dispositions ci-dessus, vous avez le droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL.