Hautes-Alpes
le département
Pôle Cohésion Sociale et Solidarités
Direction Territoriale et Transversale de l'Action Sociale
Maison Départementale de l'Autonomie

DEMANDE DE REVISION DANS LE CADRE DE L'ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE A DOMICILE

Rappel : l'article 312.48 du Règlement Départemental d'Aide Sociale du Département des Hautes-Alpes stipule : *« La décision déterminant le montant de l'APA fait l'objet d'une révision périodique à l'initiative du Président du Département.* ***Les demandes de révisions à l'initiative du bénéficiaire ne sont considérées qu'au-delà d'un délai de 6 mois à compter de la date de notification de la décision d'attribution sauf en cas d'aggravation de l'état de santé attesté par un certificat médical*** *».*

Nom : Prénom :
Date de Naissance :

Adresse :

Tél fixe : Tél portable :

courriel :

Ma demande de révision concerne (cocher la ou les cases correspondantes) :

☐ L'augmentation du nombre d'heures d'intervention à mon domicile ;

☐ La mise en place de la téléalarme

☐ La mise en place ou l'augmentation de mon besoin en Matériel à usage unique pour incontinence

☐ La mise en place du portage de repas ou son augmentation

☐ Le changement d'intervenant à domicile

☐ L'aide au répit de l'aidant

☐ Aide à l'hospitalisation de l'aidant

☐ Mise en place d'une aide technique

☐ Demande de Carte Mobilité Inclusion stationnement et/ou invalidité (certificat médical obligatoire à joindre à la demande)

Date souhaitée de mise en place : . . / . . / . . . .

Fait à ……. Signature du bénéficiaire :
Le

Maison Départementale de l'Autonomie 29 Bis Avenue Commandant Dumont 05000 GAP– Tél. : 04 92 20 63 90 – Fax : 04 92 20 63 99

mda@hautes-alpes.fr