

# Formulaire de demande d'un Plan d'Accompagnement Personnalisé (PAP) CRHD-NC



NOM : \_\_\_\_\_

PRENOM(S) : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## **Comment remplir cette demande de Plan d'accompagnement personnalisé (PAP) ?**

Deux cas sont possibles :

- 1) vous bénéficiez actuellement d'un PAP, remplissez les rubriques 1 et 5 uniquement (et pas le reste du formulaire) ;
- 2) vous demandez un PAP pour la première fois : remplissez les rubriques de 2 à 6.

## **1 - Cadre réservé à une demande de renouvellement du PAP**

Vous bénéficiez actuellement d'un PAP élaboré avec la CRHD-NC, deux possibilités :

1/ ce plan vous convient et vous en demandez le renouvellement à l'identique

ou

2/ ce plan ne vous convient pas, décrivez alors ce que vous souhaiteriez modifier :

---

---

---

---

Fait à : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Signature :  de la personne concernée  de son représentant légal

## **2 - Expression des attentes et des besoins de la personne concernée**

Ce paragraphe vous invite à vous exprimer librement sur vos attentes et vos besoins en relation avec votre situation. Par exemple, qu'est-ce que votre handicap vous empêche de faire au quotidien ? Votre entourage et/ou votre représentant légal peuvent également émettre leur avis.

---

---

---

---

---

---

---

---

Vous pouvez préciser le nom, la fonction et le téléphone de la personne qui vous a éventuellement accompagné (e) dans cette formulation :

Nom, prénom : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

Fonction (parent, ami, travailleur social, représentant légal, etc.) : \_\_\_\_\_

### 3 - Volet habitat et cadre de vie

#### A1 - Quel type de logement occupez-vous ?

- Maison individuelle       Appartement/studio – Type : F \_\_\_\_\_       Chambre  
 Habitat tribal       Squat  
 Rez-de chaussée       Etage

#### A2 - Votre statut d'occupation

- Propriétaire / accédant à la propriété - est-ce un logement social ?     Oui     Non  
 Locataire / colocataire       Logement de fonction       Hébergé  
 Autre, précisez : \_\_\_\_\_

Depuis quelle date ? \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

#### A3 - Occupation du logement

Nombre de personnes vivant au domicile : \_\_\_\_\_ adulte(s)      \_\_\_\_\_ enfant(s)

#### A4 - Equipement du logement

- eau       gaz       électricité       toilette       douche  
 Autre, précisez : \_\_\_\_\_

#### A5 - Adaptation / aménagement du logement que vous occupez actuellement

Ce logement est-il adapté à votre handicap ?     Oui       Non

Si non, précisez quel type d'aménagement serait nécessaire : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Avez-vous déjà fait un dossier de demande auprès de l'organisme compétent ?     Oui       Non

#### B – Si vous êtes hébergé(e) ou hospitalisé(e), précisez :

- Maison de retraite       Foyer de vie       Maison d'accueil ou famille d'accueil  
 Autre structure spécialisée  
 Hôpital  
 Autre, précisez : \_\_\_\_\_

Y-a-t-il un projet de départ, de sortie ou d'orientation ?       Oui       Non

Si oui, à quelle date ? \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Vers où ? \_\_\_\_\_

### 4 - Volet transport et déplacements

#### Quels moyens de transport utilisez-vous?

- Véhicule personnel :       Passager       Conducteur

Ce véhicule doit-il être aménagé ?       Oui       Non

Si oui, précisez quel(s) type(s) d'aménagement serai(en)t nécessaire(s) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Bus / Navette       Taxi / Taxi PMR       Transport adapté       VSL / Ambulance  
 Transport privé       Autre, précisez : \_\_\_\_\_

Indiquer les lieux de vos déplacements et leur nombre par semaine :

	Fréquence	Lieu (quartier)
<input type="checkbox"/> Lieu de travail	_____	_____
<input type="checkbox"/> Structure spécialisée	_____	_____
<input type="checkbox"/> Structure de soins	_____	_____
<input type="checkbox"/> Démarches administratives	_____	_____
<input type="checkbox"/> Magasins	_____	_____
<input type="checkbox"/> Loisirs	_____	_____
<input type="checkbox"/> Centre de vacances	_____	_____

Avez-vous besoin d'être accompagné lors de ces déplacements ?  Oui  Non

Si oui, précisez lesquels et pour quelles raisons ? \_\_\_\_\_

## 5 – Volet financier

Le montant des aides qui pourrait être accordé par le **Conseil du Handicap et de la Dépendance (CHD) – aides versées par la CAFAT** - tiendra compte de vos ressources et, le cas échéant, de celles de votre conjoint(e). Joindre les justificatifs de ressources (voir la notice explicative).

**Ressources du foyer : montant annuel des ressources perçues l'an dernier**

**Tableau à barrer si vous n'avez aucunes ressources financières.**

	Vous		Votre conjoint
<b>Ressources professionnelles :</b>			
- Salaire ou revenu net imposable	_____ F		_____ F
- Chômage indemnisé	_____ F		_____ F
- Indemnités de stage	_____ F		_____ F
- Indemnités maladie	_____ F		_____ F
<b>Ressources non professionnelles :</b>			
- Pension d'invalidité	_____ F		_____ F
- Pension de retraite ou de réversion	_____ F		_____ F
- Pension de retraite complémentaire	_____ F		_____ F
- Complément Retraite de Solidarité (CRS)	_____ F		_____ F
- Rente (accident du travail...)	_____ F		_____ F
- Prestation compensatoire reçue	_____ F		_____ F
- Revenus de biens immobiliers ou mobiliers	_____ F		_____ F
- Revenus locatifs	_____ F		_____ F
- Autres revenus (assurance, placement financier, rente, indemnités, etc.)	_____ F		_____ F
<b>Autre :</b>			
- Allocation personnalisée (au titre du handicap)	_____ F		_____ F
- Minimum Vieillesse	_____ F		_____ F
- Autre ( _____ )	_____ F		_____ F



Conformément à l'article 43 de la **loi de pays n° 2009-2 du 7 janvier 2009** :

« Est passible d'une **amende de 596 000 francs CFP** quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir ou faire obtenir ou tenter de faire obtenir une des aides prévues dans la présente loi du pays, qui n'est pas due, sans préjudice des peines résultant de l'application d'autres lois, le cas échéant ».

## 6 - Volet environnement social et vie quotidienne

**A - Quelles sont vos occupations journalières (lecture, télévision, promenades, bénévolat, aider à la maison, jardinage, culture vivrière, pêche, chasse, sport...) – vous pouvez décrire une journée ou une semaine type :**

---



---



---



---



---



---



---



---

**B - Autonomie dans les tâches de la vie quotidienne :**

Dans cette liste, **entourez les actes pour lesquels vous avez besoin d'aide :**

- Vous laver, prendre vos repas, utiliser les toilettes.
- Vous déplacer à l'intérieur, à l'extérieur, monter les escaliers, vous asseoir, vous lever du lit, passer du lit au fauteuil, marcher.
- Faire les courses, faire la cuisine, effectuer les démarches administratives, laver votre linge, entretenir votre logement.
- Vous repérer dans la ville, le village ou la tribu, savoir la date et l'heure, entreprendre et effectuer une tâche.
- Assurer votre sécurité, gérer votre argent.

**Si vous êtes aidé(e) pour effectuer ces actes,** indiquez le nom de la personne (et le lien familial ou relationnel) ou le nom de l'organisme : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

Besoins exprimés par la personne qui vous aide : \_\_\_\_\_

---



---



---

**C - Avez-vous besoin de matériel spécifique ou technique non remboursé par votre assurance maladie (CAFAT ou mutuelle) ?**

Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

---

Fait à : \_\_\_\_\_

Le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Signature :  de la personne concernée

de son représentant légal

---



---