

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
Ressources professionnelles :			
- Salaire ou revenu net imposable	_____ F		_____ F
- Chômage indemnisé	_____ F		_____ F
- Indemnités de stage	_____ F		_____ F
- Indemnités maladie	_____ F		_____ F
Ressources non professionnelles :			
- 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
Autre :			
- 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
