

**Allocation Personnalisée à l'Autonomie  
Demande d'APA en URGENCE  
à joindre au dossier d'APA à domicile sur lequel vous mentionnez "urgent"**

En cas **d'urgence** attestée, **d'ordre médical** ou **social\***, le Président du Conseil général attribue l'APA, à titre provisoire, pour un montant forfaitaire égal à 50 % du GIR1, à dater du dépôt de la demande et jusqu'à expiration d'un délai de 2 mois.

Cette avance s'impute sur les montants de l'A.P.A. versés ultérieurement ou peut fait l'objet d'une demande de remboursement si le demandeur n'est pas éligible à l'A.P.A.

**NOM DU BENEFICIAIRE :**

Adresse :

Téléphone :

**\*Motif de demande au titre de l'urgence**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Personne isolée           | <input type="checkbox"/> Décès récent du conjoint |
| <input type="checkbox"/> Absence d'aide à domicile | <input type="checkbox"/> Etat de santé            |
| <input type="checkbox"/> Situation sociale         |   |

**Groupe iso ressource ?**

- |                                |                                |
|--------------------------------|--------------------------------|
| GIR 1 <input type="checkbox"/> | GIR 2 <input type="checkbox"/> |
| GIR 3 <input type="checkbox"/> | GIR 4 <input type="checkbox"/> |

**Par qui a-t-il été évalué provisoirement ?**

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| Service d'aide ou de soins à domicile<br>lequel ? .....            | <input type="checkbox"/> |
| Service hospitalier<br>lequel ? .....                              | <input type="checkbox"/> |
| Médecin traitant<br>lequel ? .....                                 | <input type="checkbox"/> |
| Consultation d'évaluation gériatrique ?<br>lequel ? .....          | <input type="checkbox"/> |
| Centre local d'information et de<br>coordination<br>lequel ? ..... | <input type="checkbox"/> |
| Equipe médico-sociale A.P.A.                                       | <input type="checkbox"/> |

**Informations complémentaires du service demandeur :**

à l'exclusion de tout élément de diagnostic devant figurer sur le certificat médical

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Date :

Nom, fonction et téléphone du professionnel ayant établi cette demande,

.....

.....

A joindre au dossier ou, lorsque le dossier a déjà été adressé au Conseil général, envoyer accompagnée d'un RIB à :

Conseil général du Val-de-Marne – DSPAPH - service APAD – 94054 CRETEIL CEDEX  
ou par télécopie au : 01.56.72.71.00