



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 FACULTATIF*)

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

Fait à Signature du bénéficiaire :

Le