

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 àLe :

Signature du bénéficiaire :