



Maison  
LOIRE  
Autonomie

Votre interlocuteur  
Charlène PICHON  
Instructeur comptable  
Nos Réf : D n°362183  
APADOM C24  
Tél : 04 77 96 55 56  
Fax :

Pôle Vie Sociale

Maison Loire Autonomie  
du Forez

53 rue de la République  
42604 Montbrison Cedex

**DÉPARTEMENT  
DE LA LOIRE**

Hôtel du Département  
2 rue Charles de Gaulle  
42022 Saint-Étienne cedex 1  
Tél. : 04 77 48 42 42

Monsieur BRAHIM AOUZAL  
3 IMP LAURENT  
57 RUE DES CHENES  
42210 CRAINTILLEUX

*A Montbrison, le 04/02/2021*

Monsieur,

Dans le cadre de votre demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) versée par le Département de la Loire, et suite à la récente visite effectuée à votre domicile, j'ai le plaisir de vous informer que l'Equipe Médico Sociale de l'APA vous propose de retenir les interventions suivantes à compter du 18/01/2021 pour contribuer à votre maintien à domicile :

**AIDES MENSUELLES**

**60,00 heures de prestataire (tarifs encadrés par le département)**  
**10,00 heures de prestataire autorisé dimanche et jour férié**

• **maintien des soins infirmiers financés par l'assurance maladie, selon prescription du médecin traitant**

Le montant de votre plan d'aide s'élève à **1550,00 €** par mois à compter du 18/01/2021. Compte tenu du plan d'aide ci-dessus et de vos ressources, votre participation sera de **9,92 %** appliquée à chaque élément de votre plan d'aide, soit un total de **153,75 €** restant à votre charge par mois.

Si vous acceptez ce plan d'aide, il conviendra de m'en faire part dans un délai de 10 jours en retournant l'imprimé ci-joint. Passé ce délai et en l'absence de réponse de votre part, le plan d'aide est réputé accepté.

Dans l'éventualité où ce plan d'aide ne vous conviendrait pas, vous disposez également d'un délai de 10 jours pour refuser cette proposition et me faire part des modifications souhaitées. Une nouvelle proposition de plan d'aide, définitive cette fois, vous sera alors adressée sous 8 jours.

Je vous prie d'agréer, Monsieur, mes respectueuses salutations.

Pour le Président et par délégation,  
Le Responsable Social Autonomie  
Mme JULES Cécile

**ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE  
PROPOSITION DE PLAN D'AIDE DU 04/02/2021  
PLAN PRENANT EFFET AU 18/01/2021**

**AIDES MENSUELLES**

**60,00 heures de prestataire (tarifs encadrés par le département)  
10,00 heures de prestataire autorisé dimanche et jour férié**

- **maintien des soins infirmiers financés par l'assurance maladie, selon prescription du médecin traitant**

Le montant de votre plan d'aide s'élève à **1550,00 €** par mois à compter du 18/01/2021. Compte tenu du plan d'aide ci-dessus et de vos ressources, votre participation sera de **9,92 %** appliquée à chaque élément de votre plan d'aide, soit un total de **153,75 €** restant à votre charge par mois.



Maison  
- LOIRE -  
Autonomie

Votre interlocuteur  
Charlène PICHON  
Instructeur comptable  
Nos Réf : D n°362183  
APADOM C29  
Tél : 04 77 96 55 56  
Fax :

**Pôle Vie Sociale**

**Maison Loire Autonomie  
du Forez**

53 rue de la République  
42604 Montbrison Cedex

*(cocher acceptation ou refus)*

**PLAN D'AIDE ACCEPTE**

**Nom du prestataire de service :** .....

**PLAN D'AIDE REFUSE**

**Modifications proposées :**

.....  
.....  
.....

Je déclare autoriser la communication à la structure d'aide à domicile des éléments de ce plan d'aide ainsi que la nature des interventions nécessaires.  
Toute opposition à cette communication devra être signifiée par écrit.

DATE.....

**AOUZAL Brahim** SIGNATURE : .....

**DÉPARTEMENT  
DE LA LOIRE**

Hôtel du Département  
2 rue Charles de Gaulle  
42022 Saint-Étienne cedex 1  
Tél. : 04 77 48 42 42

**A RETOURNER A**

**Pôle Vie Sociale-Maison Loire Autonomie  
53 rue de la République  
42604 Montbrison Cedex**

**CE DOCUMENT EST A CONSERVER**

Monsieur Brahim AOUZAL

3 IMP LAURENT 57 RUE DES CHENES 42210 CRAINTILLEUX

Date de rédaction de la fiche d'identification des besoins : 21/01/2021

Date demande : 16/11/2020

Date dossier complet : 18/11/2020 Date effectivité : 18/01/2021

Nature de procédure : 1ère demande

**DIVERS :**

Autres Intervenants :

Autre Service mis en place :

Autre (préciser) :

**DOMAINES D'INTERVENTION SOLLICITEE**

**AIDE DANS LES ACTIVITES ORDINAIRES DE LA VIE QUOTIDIENNE**

	<b>COCHER</b>
Aide à l'entretien courant du logement et/ou linge	
Aide aux courses	
Aide à la préparation des repas	

**AIDE DANS LES ACTES ESSENTIELS DE LA VIE QUOTIDIENNE**

	<b>COCHER</b>
Aide à la mobilisation et/ou transfert	
Aide à l'habillage et au déshabillage	
Aide à la toilette	
Aide à la prise de repas	
Aide aux fonctions d'élimination	

**ACCOMPAGNEMENT DANS LES ACTIVITES DE LA VIE SOCIALE ET RELATIONNELLE**

	<b>COCHER</b>
Accompagnement sur l'extérieur	
Assure un transport accompagné	
Aide aux démarches administratives	
Stimule par des activités intellectuelles et sensorielles	

**AIDE A L'AIDANT**

Contribue au répit de l'aidant (présence, activités, sorties, etc)	
--	--

**Commentaire**

------------------