



VENDÉE
LE DÉPARTEMENT

Pôle Solidarités et Famille
Direction de l'Autonomie des Personnes Âgées
et des Personnes Handicapées
Service Prestations et Animation Partenariale
40 rue du Maréchal Foch
85923 La Roche sur Yon cedex 9

DÉCLARATION DE CHANGEMENT DE SITUATION Hors bénéficiaires de la PCDH

À compléter, signer et retourner à :

Par courrier : Département de la Vendée
DAPAPH - Service des Prestations et de l'Animation Partenariale
40 rue du Maréchal Foch - 85923 La Roche sur Yon cedex 9

Par mél. : spap@vendee.fr

IDENTIFICATION

NOM : **PRÉNOM :**

Date de naissance : N° dossier :

Adresse :

Quelle(s) prestation(s) percevez-vous actuellement (ex. ADPA, MTP, etc) ?

Quel est (sont) votre (vos) intervenants à domicile (service d'aide à domicile, emploi direct...) ?

Si vous résidez en établissement, lequel ?

CHANGEMENT DE SITUATION concernant :

Votre plan d'aide à domicile ⁽¹⁾

I - Emploi direct ou mandataire :

Nom : Prénom :

Adresse :

Existe-t-il un lien de parenté avec le bénéficiaire ? Oui Non Si oui, lequel :

Date d'embauche :

Salarié d'un service mandataire : Oui Non Si oui, lequel :

Services d'aide à domicile :

Raison sociale :

Adresse :

Date d'effet (ou début d'intervention) :

Raison du changement de prestataire :

Vos droits en établissement ⁽¹⁾

1) Vous entrez en établissement : Oui Non *(Si non, aller directement au point 2)*

Hébergement : Permanent Temporaire Accueil de jour

Nom de l'établissement :

Établissement médicalisé (dotation globale) Établissement non médicalisé

Date d'entrée : Date de sortie (le cas échéant) :

GIR à l'entrée :

Vos droits en établissement (suite)

2) Vous déclarez un changement :

Changement de GIR : Oui Non

Si oui, nouveau GIR :

Un autre changement : Oui Non

Préciser (ex. : évolution des besoins en établissement non médicalisé) :

.....

Signature et cachet de l'établissement

Autres ⁽¹⁾

Hospitalisation (joindre un bulletin d'hospitalisation) :

Date d'entrée : Date de sortie :

Décès (joindre un bulletin de décès) :

Date du décès :

(1) Si le changement de situation que vous déclarez nécessite une révision de vos droits à l'ADPA, le présent document vaut demande de révision de vos droits.

Date et signature du bénéficiaire ou de son représentant

Informatique et libertés :

Les informations recueillies vous concernant font l'objet d'un traitement de données destiné au Département de la Vendée pour la gestion de l'aide sociale et de l'allocation personnalisée d'autonomie versées par le Département notamment leur suivi, leur versement, la transmission de la décision, le contrôle d'effectivité ainsi que l'établissement de statistiques anonymes. Ce traitement s'inscrit dans le cadre d'une mission de service public. Les données collectées et traitées sont conservées en lien avec les dispositions législatives et réglementaires en vigueur. Lorsqu'il existe un recours administratif ou contentieux, les données peuvent être conservées jusqu'à l'intervention de la décision définitive. À l'expiration de ces périodes, les données sont archivées dans des conditions définies en conformité avec les dispositions du code du patrimoine relatives aux obligations d'archivage des informations du secteur public.

Les données sont destinées aux agents habilités du Département de la Vendée et aux partenaires institutionnels participant aux finalités citées. Conformément à la loi "informatique et libertés" modifiée, vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en vous adressant par voie électronique à l'adresse protection.donnees@vendee.fr ou à défaut par voie postale : Département de la Vendée, Délégué à la protection des données, 40 rue du Maréchal Foch, 85923 LA ROCHE SUR YON CEDEX 9