



**VENDÉE**  
LE DÉPARTEMENT

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

# DÉCLARATION DE CHANGEMENT DE SITUATION POUR RÉVISION DE VOS DROITS Hors bénéficiaires de la PCDH

**À compléter, signer et retourner à :**

**Par courrier :** Département de la Vendée  
DAPAPH - Service Départemental de l'Autonomie  
40 rue du Maréchal Foch - 85923 La Roche sur Yon cedex 9

**Par courriel :** sda@vendee.fr

**Formulaire à envoyer UNIQUEMENT en cas de changement de situation**

## IDENTIFICATION

**NOM :** ..... **PRÉNOM :** .....

Date de naissance : ..... N° dossier : .....

Adresse : .....

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

## CHANGEMENT DE SITUATION concernant :

### Vos droits à domicile <sup>(1)</sup>

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

#### I - Vous changez d'intervenant

##### 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 : .....

##### Service d'aide à domicile :

Raison sociale : .....

Adresse : .....

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

Raison du changement de prestataire : .....

#### II - Vous déclarez un changement lié à votre maintien à domicile en lien avec :

##### II.1 - Le décès ou l'indisponibilité de votre aidant habituel et de votre entourage (à préciser)

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

## II.2 - L'aggravation de votre état de santé (à préciser)

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

## II.3 - Autres (à préciser)

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

## Vos droits en établissement <sup>(1)</sup>

1) Vous allez entrer 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 : .....

2) Vous êtes actuellement en établissement :

Nom de l'établissement actuel : .....

Changement d'établissement :  Oui  Non

Si oui, nouvel établissement : .....

Changement de GIR :  Oui  Non

Si oui, nouveau GIR : .....

Autre changement :  Oui  Non

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

.....

*Signature et cachet de l'établissement*

## Autres <sup>(1)</sup>

### 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*

## Cadre réservé à l'administration

**Situation d'urgence médico-sociale :**       Oui       Non

### 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 des aides et allocations 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](mailto: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