



**Demande de révision du plan d'aide**  
**Allocation Personnalisée d'Autonomie**

**NOM**.....

**Prénom**.....

**Adresse**.....  
.....

**N° de dossier APA:**.....

Je sollicite la révision de mon dossier d'Allocation Personnalisée d'Autonomie en vue :

- D'une augmentation des heures d'aide à domicile pour la raison suivante :
  - Evolution de mon état de santé,
  - Sortie récente d'hospitalisation (*joindre bulletin d'hospitalisation*)
  - Répît/relais de l'aidant
  
- D'une réduction du nombre d'heures pour adapter le plan d'aide à l'effectivité des heures réalisées à mon domicile et pour les motifs suivants :
  - Evolution de mon état de santé,
  - Impossibilité pour le service d'aide à domicile de réaliser l'intégralité des heures du plan d'aide.
  
- D'une prise en charge d'accueil de jour,
  
- D'une attribution d'aide technique,
  
- D'une aide aux frais de protections hygiéniques,
  
- D'une aide aux frais de téléalarme,
  
- Autre :.....  
.....

Fait à....., le.....

Signature :

**Si le signataire n'est pas le demandeur, indiquer sa qualité :**

Tuteur       curateur       enfant       .....

Nom :.....Téléphone :.....

Adresse :.....

**Merci de joindre le dernier avis d'imposition pour l'actualisation de votre dossier**