

**DIRECTION AUTONOMIE PERSONNES ÂGÉES
PERSONNES HANDICAPÉES - MDPH**

SERVICE PRESTATIONS PA PH

7 route de Guerry
18000 BOURGES
Tél. 02 48 27 31 31
Fax. 02 48 27 31 54

À compléter et à renvoyer à notre service

FORMULAIRE POUR ÉTUDE DE L'AIDE AU RÉPIT ET RELAIS DES PROCHES AIDANTS

Ce formulaire permet d'identifier si vous pouvez prétendre à l'aide au répit dans le cadre de l'APA.

Ce dispositif peut vous permettre de financer une solution de répit (hébergement temporaire, accueil de jour, aide à domicile), sous certaines conditions, et vous accorder :

- Une enveloppe maximale de 500 € par an pour une absence personnelle prolongée de l'aidant (si votre plan d'aide APA est au maximum du montant attribuable)
- Et/ou une enveloppe maximale de 992 € par an pour une hospitalisation de l'aidant

Si vous êtes éligible à ce dispositif, vous devrez avant chaque absence de votre aidant, nous adresser une demande par écrit en précisant les dates de leur absence et les solutions de répit envisagées.

NOM et Prénom du bénéficiaire APA: _____

Date de Naissance : ____/____/____.

Adresse : _____

¹ Je suis concerné(e) par l'aide au répit des aidants et je remplis le tableau au dos de l'imprimé

¹ Je ne suis pas concerné(e) et/ou ne souhaite pas de prise en charge au titre de l'aide au répit des aidants

A _____, **le**

Signature (Identification du signataire si différent du bénéficiaire) :

¹ Cocher la case correspondante

