



DEMANDE DE RENOUVELLEMENT DU PLAN APA
DEMANDE DE RÉVISION DU PLAN APA

Madame, Monsieur

Né(e) le

Domicilié(e)

Commune

Nom du référent familial

Lien de parenté

Numéro de téléphone

Sollicite le renouvellement / révision du plan d'aide APA dont il (elle) bénéficie pour le motif suivant :

- aggravation de la perte d'autonomie
- changement de prestataire
- fin/retour hospitalisation
- demande d'aides techniques (téléalarme, protections, matériel spécifique...)
- aides (précisez)

Fait à

Le

Signature du bénéficiaire APA

PS merci de joindre :
• la photocopie du dernier avis d'imposition

Ce document est à transmettre avec votre dossier APA
au **CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE LA MANCHE**
50050 SAINT-LO CEDEX