

DEMANDE D'AIDE A DOMICILE

D'UNE PERSONNE DE SOIXANTE ANS OU PLUS

Auprès du Conseil Départemental au titre de l'**ALLOCATION PERSONNALISÉE
D'AUTONOMIE**

Auprès d'une Caisse de Retraite au titre de l'Action Sociale

NOM ET PRENOM DU DEMANDEUR :

Ce dossier comprend :

- une fiche de présentation de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA),
- une notice explicative sur l'Action Sociale des Caisses de Retraite et les services ménagers à domicile pris en charge par l'Aide Sociale,
- une demande d'aide à domicile,
- un certificat médical.

L'ensemble du dossier est à retourner, dûment rempli et signé, à
l'adresse suivante :

CONSEIL DEPARTEMENTAL DE LA MOSELLE
DIRECTION DE LA SOLIDARITÉ

DIRECTION DE LA POLITIQUE DE L'AUTONOMIE

**Hôtel du Département
C.S. 11096
57036 METZ CEDEX 1**

Accueil physique : 28-30 avenue André Malraux - 57000 METZ

Tél. : 03 87 56 31 31

**🔑 ATTENTION : VEILLER A BIEN AGRAFER L'ENSEMBLE DU DOSSIER
(AVEC LES PIECES A JOINDRE)**

L'Allocation

A CONSERVER

Personnalisée

d'Autonomie (APA) à domicile

Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie modifiée par la Loi n° 2003-289 du 31 mars 2003.

Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

Pour qui ?

- Toute personne âgée de 60 ans ou plus, résidant en France, qui se trouve dans l'incapacité d'assurer les conséquences du manque ou de la perte d'autonomie liées à son état physique ou mental, a droit à une Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) permettant une prise en charge adaptée à ses besoins.
- **La perte d'autonomie est définie comme l'état de la personne qui, nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir, a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou requiert une surveillance régulière.**
- **L'APA concerne les personnes classées dans les groupes 1 à 4 de la Grille AGGIR** (Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources) qui en compte 6.

- L'APA ne met pas en jeu l'obligation alimentaire des enfants et petits-enfants (article 205 du Code civil).
- L'APA ne donne pas lieu à récupération sur la succession ou les donations du bénéficiaire.

Pour quoi ?

Une prestation en nature accordée dans les limites de plafonds fixés par voie réglementaire et destinée :

Selon le plan d'aide recommandé par l'équipe médico-sociale :

- Avoir recours aux prestations de services d'aide à domicile autorisés. (1)
 - (1) Sauf avis contraire, l'Allocation Personnalisée d'Autonomie, destinée à financer l'intervention d'un service d'aide à domicile sera directement versée mensuellement à ce service sur présentation de sa facture.
- Rémunérer le(s) salarié(s) que la personne âgée emploie, qui ne peut être ni son conjoint, ni son concubin, ni la personne avec laquelle elle a conclu un Pacte Civil de Solidarité (PACS).
- Financer d'autres aides (téléalarme, articles d'hygiène, hébergement temporaire...) directement liées à la perte d'autonomie du bénéficiaire ou pour soutenir ou remplacer son proche aidant.

Une prestation non cumulable avec :

- L'Aide Ménagère (de l'Aide Sociale du Département).
- L'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP) ou la Prestation de Compensation du Handicap (PCH).
- La Majoration pour Tierce Personne (MTP).
- La Prestation Expérimentale Dépendance (PED).
- La Prestation Complémentaire pour Recours à Tierce Personne (PC RTP).

Quel montant ?

- **Le montant de l'APA** est égal au montant du plan d'aide utilisé par le bénéficiaire diminué d'une participation financière à sa charge.
- **La participation financière du bénéficiaire varie** en fonction du montant du plan d'aide et de ses ressources.
- **Les montants maximums de l'APA varient** en fonction du Groupe Iso-Ressources (GIR) défini pour la personne âgée :

| | |
|-------|-------------------|
| GIR 1 | 1 713,08 € |
| GIR 2 | 1 375,54 € |
| GIR 3 | 993,88 € |
| GIR 4 | 662,95 € |

| Montant des ressources | Participation |
|---------------------------------|--|
| inférieures à 799,73 € | Pas de participation |
| de 799,73 à 2 945,22 € | Participation financière proportionnelle aux revenus |
| supérieures à 2 945,22 € | Participation égale à 90 % du montant du plan d'aide |



* Le montant de l'APA et de la participation éventuelle du bénéficiaire sont déterminés à partir des tarifs de référence arrêtés par le Président du Conseil Départemental. Les demandeurs sont informés qu'un reste à charge est susceptible de leur être facturé par les intervenants qu'ils auront choisis pour réaliser leur plan d'aide.

Comment en bénéficier ?

- En envoyant un dossier de demande d'APA au :

Conseil Départemental de la MOSELLE
Direction de la Solidarité
Direction de la Politique de l'Autonomie

**Hôtel du Département
C.S. 11096
57036 METZ CEDEX 1**

- Après instruction administrative et évaluation médico-sociale du besoin d'aide.
- Sur décision du Président du Conseil Départemental

Où se renseigner ?

- Pour tout renseignement :

 **Numéro d'appel**

03 87 56 31 31

**du lundi au vendredi
de 9 h 00 à 12 h et 13 h 30 à 16 h 30**

**Accueil physique : 28-30 avenue André
Malraux 57000 METZ**

A CONSERVER

L'ACTION SOCIALE DES CAISSES DE RETRAITE POUR LES PERSONNES AGÉES A DOMICILE

Outre la gestion des retraites, les organismes de protection sociale sont chargés de développer sur leur territoire de compétence respectif, une politique d'action sociale en faveur de leurs retraités.

Celle-ci est destinée en particulier à leurs ressortissants qui ont besoin d'une aide à domicile mais ne peuvent bénéficier de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie en raison de leur niveau de perte d'autonomie.



Toutes ces caisses de retraite attribuent des prestations individuelles de maintien à domicile, en fonction de règles propres à chaque institution.



Pour connaître les prestations servies par chaque organisme (aide ménagère, garde à domicile, aide à l'amélioration de l'habitat...), **adressez-vous à votre caisse de retraite principale :**

| | |
|--|--|
| CAISSE RETRAITE ET SANTE AU TRAVAIL (CARSAT) ALSACE-MOSELLE | |
| 36 rue du Doubs 67011 STRASBOURG Cedex 1 | ☎ 3960 METZ SARREGUEMINES THIONVILLE 0820.904.205 0820.904.206 0820.904.207 www.carsat-alsacemoselle.fr |
| AGENCE NATIONALE POUR LA GARANTIE DES DROITS DES MINEURS (ANGDM) | |
| Service social pôle Est 21 avenue Foch BP 60570 57018 METZ Cedex 1 | ☎ 03 87 39 73 57 www.angdm.fr |
| MUTUALITÉ SOCIALE AGRICOLE (MSA) | |
| MSA Lorraine 15 avenue Paul DOUMER 54507 VANDOEUVRE LES NANCY | Prestations sociales : ☎ 03.83.50.35.20 www.msalorraine.fr |
| RÉGIME SOCIAL DES INDEPENDANTS INDÉPENDANTS (RSI) | |
| Antenne de METZ : accueil des assurés 3 Place du Roi George 57000 METZ | ☎ 0811 46 78 01 Pôle social 3648 (coût d'un appel local) www.rsi.fr/lorraine |

**LES SERVICES MENAGERS A DOMICILE PRIS EN CHARGE
PAR L'AIDE SOCIALE DU CONSEIL DEPARTEMENTAL**

Pour les personnes âgées de plus de 60 ans qui ont besoin d'une aide ménagère à domicile mais qui :

- ne peuvent pas bénéficier de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) en raison du niveau de leur perte d'autonomie,
- ne peuvent pas bénéficier de l'action sociale de leur caisse de retraite,
- disposent de ressources d'un montant inférieur au plafond d'attribution du minimum vieillesse.

Si vous remplissez ces trois conditions, l'équipe médico-sociale chargée de votre dossier d'APA pourra être amenée à vous proposer cette prestation afin d'assurer la prise en charge de votre aide ménagère à domicile.

Cette prestation est soumise à une instruction administrative complémentaire et aux règles traditionnelles de l'Aide Sociale.



DEMANDE D'AIDE A DOMICILE

A COMPLETER PAR LE DEMANDEUR

| CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION | |
|--|--|
| <p><u>ARRIVEE A LA DIRECTION DE L'AUTONOMIE</u></p> <p>N° de dossier</p> | <p><u>DOSSIER INCOMPLET LE :</u></p> <p><u>DOSSIER COMPLET LE :</u></p> |

AIDE DEMANDÉE

Selon la situation de la personne qui en fait la demande, ce dossier peut être transmis au Conseil Départemental ou à la Caisse de Retraite du demandeur. Un défaut de réponse entraînera des retards ou une impossibilité dans l'instruction du dossier.

Allocation Personnalisée d'Autonomie à domicile

① Identité du demandeur

| | La personne pour laquelle l'allocation est demandée | Le conjoint ou la personne vivant maritalement ⁽¹⁾ |
|--|--|---|
| NOM (Marital pour les femmes) | | |
| NOM de jeune fille | | |
| Prénom | <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin | |
| Date de naissance | Le : / / à : | Le : / / à : |
| Nationalité (Française, Union Européenne, autre à préciser) | Date d'arrivée en France : | Date d'arrivée en France : |
| N° de sécurité sociale | | |
| Régime de retraite principale (CARSAT, ANGDM, RSI, MSA, SNCF, Autres...) | | |
| N° de retraite | | |
| | | Profession le cas échéant : |

⁽¹⁾ Il peut s'agir du conjoint, du concubin ou de la personne avec laquelle le demandeur a conclu un pacte civil de solidarité (PACS)

⑤ Coordonnées de votre médecin traitant

NOM :

Adresse :

Téléphone :

Souhaitez-vous sa présence lors de la visite de l'équipe médico-sociale ? oui non

⑥ Autres renseignements

Bénéficiez-vous actuellement :

- de la **Majoration Tierce Personne (MTP)** oui non
 versée par la CARSAT ou un autre organisme (caisse de retraite...)
Si oui joindre copie de la notification

- de la **Prestation Complémentaire pour Recours à une Tierce Personne (PC RTP)** oui non
Si oui joindre copie de la notification

- d'une **assurance dépendance** oui non
 versée par un organisme de sécurité sociale d'un état membre de l'Union Européenne
Si oui joindre copie de la notification

- de l'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP) oui non

- de la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) oui non

- de la Prestation Expérimentale Dépendance (PED) oui non

- de l'Aide Ménagère à Domicile au titre de l'aide sociale départementale oui non

- de l'Aide Ménagère à Domicile au titre de l'action sociale de la caisse de retraite oui non

- de l'Aide Ménagère à Domicile à titre privé oui non

Nbre 'heures/mois :
 Organisme intervenant :

Précisez si vous faites l'objet d'une mesure de : sauvegarde de justice curatelle tutelle
 (joindre la copie du jugement)

Indiquer les coordonnées du tuteur :

N° Rue :

Code postale : Commune :

En cas de refus de ma demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie, j'autorise le Président du Conseil Départemental à transmettre mon dossier à l'organisme compétent pour accorder une prise en charge de services ménagers :

oui non

En cas d'accord, l'Allocation Personnalisée d'Autonomie, destinée à financer l'intervention d'un service d'aide à domicile, sera directement versée mensuellement à ce service sur présentation de sa facture.

⑦ Personne à contacter pour tout renseignement complémentaire nécessaire à l'évolution de votre situation

Souhaitez-vous qu'une copie de la décision APA soit transmise à la personne à contacter pour tout renseignement complémentaire nécessaire à votre situation ?

oui

non

NOM - Prénom :

Qualité ou parenté :

N°

Rue :

Code postal :

Commune :

Tél. domicile :

Tél. professionnel :

Tél. portable :

⑧ Personne à contacter pour une visite à domicile

NOM - Prénom :

Qualité ou parenté :

N°

Rue :

Code postal :

Commune :

Tél. domicile :

Tél. professionnel :

Tél. portable :

Je soussigné(e), agissant

en mon nom propre

en ma qualité de représentant de M./Mme.....

certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus ainsi que ceux des pièces justificatives fournis dans le cadre d'une demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) à domicile.

Je m'engage à signaler tout changement concernant ma situation.

Fait à.....le.....

Nom, prénom et signature du demandeur ou de son représentant (préciser la qualité)

DISPOSITIONS RELATIVES A LA LOI DU 6 JANVIER 1978

Les traitements relatifs à cette demande sont informatisés. Ils sont soumis aux dispositions de la loi " Informatique et Libertés " du 6 janvier 1978, modifiée en 2004, qui protège les droits et libertés individuels.

Toute personne peut obtenir communication et, le cas échéant, rectification ou suppression des informations la concernant, en adressant un courrier au Conseil Départemental de la Moselle, à l'attention de Monsieur le Directeur de la Solidarité.



DECLARATION DES RESSOURCES

perçues l'année civile précédant la demande

NOM et Prénom du demandeur :

| RESSOURCES ANNUELLES | MONTANT ANNUEL PERÇU PAR LE DEMANDEUR | MONTANT ANNUEL perçu par le CONJOINT, CONCUBIN ou la PERSONNE avec qui le demandeur a conclu un PACS |
|---|--|---|
| <p>Pensions et retraites (y compris retraites complémentaires) Indiquer le nom de l'organisme payeur</p> <p>⇒</p> <p>⇒</p> <p>⇒</p> | | |
| <p>Pensions étrangères : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON (Si oui joindre les justificatifs)</p> <p>⇒</p> <p>⇒</p> | | |
| <p>Salaires</p> <p>⇒</p> <p>⇒</p> | | |
| <p>Pension invalidité (préciser le nom de l'organisme payeur et à quel titre Ex : "accident du travail, maladie professionnelle, ...)</p> <p>⇒ organisme :</p> <p>⇒ au titre de :</p> | | |
| <p>Indemnités journalières</p> <p>⇒</p> | | |
| <p>Pensions alimentaires versées par les enfant</p> <p>⇒</p> | | |
| <p>Rente viagère (préciser le nom de l'organisme payeur)</p> <p>⇒</p> <p>A-t-elle été souscrite dans le but de vous prémunir contre la perte d'autonomie ?</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> OUI * <input type="checkbox"/> NON</p> <p>* si oui, veuillez joindre le justificatif</p> | | |
| <p>Avantages en nature (chauffage, loyer...)</p> <p>⇒</p> | | |

| RESSOURCES NE FIGURANT PAS SUR L'AVIS D'IMPOSITION OU DE NON- IMPOSITION | MONTANT PERÇU PAR LE DEMANDEUR | MONTANT perçu par le CONJOINT, CONCUBIN ou la PERSONNE avec qui le demandeur a conclu un PACS |
|---|--------------------------------|---|
| Revenus soumis au prélèvement libératoire (en application des articles 125-0 A et 125 D du code général des impôts) | | |

| BIENS MOBILIERS ET EPARGNE | |
|---|---|
| Biens mobiliers et capitaux non placés dont assurance-vie... | <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Si oui adresser le justificatif = relevé annuel d'assurance vie |

Êtes-vous propriétaire (ou usufruitier) ?

NON : (vous n'avez pas à remplir le tableau ci-dessous)

OUI : **REPLIR OBLIGATOIREMENT LE TABLEAU CI-DESSOUS** (et joindre la photocopie du (des) dernier(s) relevé(s) de la taxe foncière sur les propriétés bâties et sur les propriétés non bâties **autre que résidence principale**)

| BIENS IMMOBILIERS (propriétés bâties et non bâties) Situation au 31 décembre de l'année civile précédant la demande | | | | |
|--|---------|---|---------------------------------------|---------------------|
| DESIGNATION (immeubles, terrains...) | ADRESSE | USAGE | MONTANT ANNUEL des loyers ou fermages | VALEUR LOCATIVE (1) |
| Résidence Principale | | <input type="checkbox"/> Occupée - par ⁽²⁾ : <input type="checkbox"/> Non occupée | | |
| A U T R E S | | <input type="checkbox"/> Non loué - non exploité <input type="checkbox"/> Loué | | |
| | | <input type="checkbox"/> Non loué - non exploité <input type="checkbox"/> Loué | | |
| B I E N S | | <input type="checkbox"/> Non loué - non exploité <input type="checkbox"/> Loué | | |
| | | <input type="checkbox"/> Non loué - non exploité <input type="checkbox"/> Loué | | |

(1) La valeur locative est indiquée sur l'avis des taxes foncières ligne (base) ou sur le relevé cadastral

(2) Indiquez le cas échéant le lien de parenté



CERTIFICAT MEDICAL

ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE

Cher Confrère,

Dans l'intérêt de votre patient, je vous remercie de bien vouloir lui remettre, sous pli confidentiel, ce certificat médical circonstancié pour qu'il le joigne à son dossier de demande **d'Allocation Personnalisée d'Autonomie**.

Je me permets de vous rappeler que l'équipe médicale et l'ensemble des services sont astreints au secret professionnel (article 226-13 du nouveau Code Pénal).

Comptant sur votre collaboration, je vous prie d'agréer, Cher Confrère, l'expression de mes salutations distinguées.

Ce certificat médical est à retourner sous **pli confidentiel** à l'adresse suivante :

Ce certificat médical est à retourner sous **pli confidentiel** à
l'adresse suivante :

CONSEIL DEPARTEMENTAL DE LA MOSELLE
DIRECTION DE LA SOLIDARITÉ

DIRECTION DE LA POLITIQUE DE L'AUTONOMIE

**Hôtel du Département
C.S. 11096
57036 METZ CEDEX 1**

Accueil physique : 28-30 avenue André Malraux - 57000 METZ

Tél. : 03 87 56 31 31

Le Médecin Contrôleur
des Lois d'Aide Sociale

ETAT-CIVIL

NOM : Prénom :

NOM de Jeune Fille :

Date de Naissance :

Adresse :

A transmettre sous pli cacheté - **SECRET MEDICAL** -

Taille : Poids :

PATHOLOGIES PRINCIPALES motivant la demande

Diagnostic médical :

Date de début des troubles :

Autres pathologies ayant un retentissement sur la vie quotidienne et contribuant à la demande :

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

DEFICIENCES INTELLECTUELLES et/ou TROUBLES DU PSYCHISME ou du COMPORTEMENT

Trouble(s) de la mémoire, de l'orientation :

Dernier score MMS réalisé :

Trouble (s) du comportement :

- inversion rythme nyctéméral
- fugues
- agressivité
- autres :

Trouble(s) de l'humeur (dépression...) :

DEFICIENCES AUDITIVES

- non oui

Appareillage non oui

DEFICIENCES VISUELLES

- non oui (à préciser) :

Correction non oui

DEFICIENCES DU LANGAGE

- non oui type :

DEFICIENCES CARDIAQUE et/ou RESPIRATOIRE ayant un retentissement sur la vie quotidienne

- dyspnée (stade) :
- autres :
- oxygénothérapie à domicile

DEFICIENCES MOTRICES et de l'APPAREIL LOCOMOTEUR

Paralysie MSD MSG MID MIG Côté dominant G D
 Trouble de l'équilibre non oui (à préciser) :

 Autre (s) trouble (s) fonctionnel (s) :

 Appareillage éventuel :

DEFICIENCES ENDOCRINIENNES

Diabète : non oui complications : mal perforant non oui
 neuropathie non oui
 artériopathie non oui
 rétinopathie non oui
 hypoglycémie sévère avec malaises non oui
 Autres :

DEFICIENCES DIGESTIVES

Trouble(s) de la déglutition, trouble(s) du transit, stomie :

 Incontinence anale : permanente occasionnelle

DEFICIENCES URINAIRES

Type de trouble(s) :
 Incontinence urinaire : permanente occasionnelle
 Sonde urinaire
 Dialyse
 Couches Nombre par jour :

TRAITEMENT

| | | |
|--|--|--|
| | | |
| | | |
| | | |

Capacité à gérer son traitement : non oui

| | |
|---|--|
| <p>INTERVENTION IDE EN COURS</p> <p><input type="checkbox"/> 1 fois / jour <input type="checkbox"/> 2 fois / jour <input type="checkbox"/> soins particuliers (pansements, sondages, soins stomies, escarres...) <input type="checkbox"/> injections</p> <p>AUTRES PARAMEDICAUX EN COURS</p> <p>Auxiliaire de vie (toilette-habillage) <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Kinésithérapeute <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Orthophoniste <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui</p> | <p>ATTITUDE PSYCHOLOGIQUE</p> <p><input type="checkbox"/> coopérant <input type="checkbox"/> opposant <input type="checkbox"/> indifférent <input type="checkbox"/> démissionnaire</p> <p>Sur la journée nécessite une surveillance : <input type="checkbox"/> constante <input type="checkbox"/> ponctuelle</p> <p>Peut faire avec stimulation :</p> <p>Toilette <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Habillage <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Alimentation <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Autres <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui (à préciser) </p> |
|---|--|

OBSERVATIONS EVENTUELLES

.....

PIECES A JOINDRE A LA PRESENTE DEMANDE DANS LE CADRE DE SON INSTRUCTION

- CERTIFICAT MEDICAL rempli par le médecin traitant datant de MOINS DE 2 MOIS
(Cetle pièce, non obligatoire, permettra à l'équipe médicale de mieux évaluer votre perte d'autonomie)
- Photocopie :
 - du livret de famille ou de la carte nationale d'identité ou d'un passeport de la Communauté Européenne en cours de validité pour les ressortissants des pays de l'Union Européenne autre que la France
 - de la carte de résidence ou du titre de séjour (en cours de validité) pour les personnes de nationalité étrangère
- Photocopie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition sur le revenu et celui de votre concubin ou de la personne avec laquelle vous avez conclu un PACS
 - Si veuvage** au cours de l'année civile ou l'année précédente, joindre :
 - les deux avis d'imposition ou de non-imposition correspondant l'une à la situation partielle du couple, l'autre à la situation partielle de la personne veuve
 - les justificatifs de vos pensions principales et complémentaires personnelles (année en cours)
 - les justificatifs de vos pensions principales et complémentaires de réversion.
- Formulaire de déclaration des ressources joint à la demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie
- Si pension étrangère, fournir le justificatif
- Si assurances vie, fournir les relevés annuels
- Photocopie du dernier relevé des taxes foncières sur les propriétés bâties et non bâties **autre que résidence principale**
- Si Majoration pour Tierce Personne (MTP), Prestation Complémentaire pour Recours à une Tierce Personne (PC RTP) ou une assurance dépendance, joindre la copie de la notification
- Si vous percevez une rente viagère constituée par vous-même ou vos enfants pour vous prémunir contre le risque de perte d'autonomie, joindre les justificatifs
- Si jugement de mise sous tutelle, nom, adresse du tuteur, copie du jugement et relevé d'identité bancaire ou postal au nom du bénéficiaire (ou au nom du bénéficiaire avec la précision "sous tutelle de...nom du tuteur...")
- Si divorce ou séparation depuis le dernier avis d'imposition, le jugement de divorce ou séparation
- Un relevé d'identité bancaire ou postal **établi au nom du demandeur (ou au nom de Monsieur et Madame si compte-joint)**

 **RAPPEL : VEILLER A BIEN AGRAFER L'ENSEMBLE DU DOSSIER
(AVEC LES PIECES A JOINDRE)**