

DEMANDE SIMPLIFIEE D'UNE CARTE MOBILITE INCLUSION

Souhaitez vous bénéficier de la carte mobilité inclusion portant la mention « invalidité » prévue à l'article L 241-3 II du Code de l'Action Sociale et des Familles? oui non

Souhaitez vous bénéficier de la carte mobilité inclusion portant la mention « stationnement » prévue à l'article L 241-3 II du Code de l'Action Sociale et des Familles? oui non

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PROCHES AIDANTS DU DEMANDEUR

Ce volet du dossier vise à apporter des premières informations sur les personnes de votre famille ou de votre entourage amical ou de voisinage qui vous apportent une aide dans la vie quotidienne, qu'on dénommera « aidants » dans ce qui suit. Son remplissage est facultatif

	AIDANT 1	AIDANT 2	AIDANT 3
Nom et prénom de votre ou de vos aidants			
Age de votre ou de vos aidants			
Lieu de résidence de votre ou de vos aidants			
Liens avec votre ou vos aidants			
Aide apportée par votre ou vos aidants			
Durée approximative de cette aide (par jour, par semaine ou par mois)			

Je soussigné(e) _____, agissant en mon nom propre / en ma qualité de représentant légal, certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus. Le fait de percevoir frauduleusement ou de tenter de percevoir frauduleusement des prestations au titre de l'aide sociale est puni par des peines prévues par les articles 313-1, 313-7 et 313-8 du Code Pénal.

J'autorise la transmission par le Département des Hautes-Pyrénées de mon dossier aux caisses de retraite (en cas de rejet d'allocation personnalisée d'autonomie): oui non

DISPOSITIONS RELATIVES À LA LOI DU 6 JANVIER 1978

Les traitements relatifs à cette demande sont informatisés. Ils sont donc soumis aux dispositions de la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 qui protège les droits et libertés individuelles. Conformément à l'article 27 de cette loi, les personnes auprès desquelles sont recueillies des informations nominatives, sont informées que toutes les réponses aux différents questionnaires sont obligatoires. Un défaut de réponse entrainera des retards ou une impossibilité dans l'instruction du dossier. Les destinataires des informations collectées sont exclusivement les administrations ou organismes habilités à connaître les dossiers d'aide à domicile ou en établissement.

En tout état de cause, les personnes concernées ont un droit d'accès et de rectification des informations nominatives stockées ou traitées informatiquement. Pour l'exercice de ce droit, il convient de vous adresser, selon la prestation dont vous bénéficiez, en justifiant de votre identité à : Monsieur le Président du Conseil Départemental des Hautes-Pyrénées.

Fait à _____, le _____

Signature :

Préciser si la personne ne peut signer, l'identité du signataire et le lien avec le demandeur



A remettre à :

**DIRECTION DE LA SOLIDARITE
DEPARTEMENTALE**

Maison Départementale pour l'Autonomie

Service Séniors

Place Ferré 65 000 TARBES

e-mail: hautespyrenees.fr

☎ : 05 62 56 74 28

A envoyer au :

DÉPARTEMENT DES HAUTES-PYRÉNÉES

Hôtel du Département

6, Rue Gaston Manent

CS 71324

65013 TARBES CEDEX 9

DOSSIER N°

DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE

à domicile en établissement (EHPAD) en famille d'accueil agréée

NOM : _____

Prénom : _____

Adresse: _____

Code Postal : _____ Commune : _____

☎ : _____ @ : _____

LISTE DES PIECES JUSTIFICATIVES OBLIGATOIRES POUR QUE LE DOSSIER SOIT REPUTE COMPLET

- La photocopie du livret de famille ou de la carte nationale d'identité ou d'un passeport de la Communauté européenne ou un extrait d'acte de naissance ; s'il s'agit d'un demandeur de nationalité étrangère (hors Union européenne), la photocopie de la carte de résidence ou du titre de séjour en cours de validité.
- La photocopie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition à l'impôt sur le revenu
- Un relevé d'identité bancaire ou postal au nom du demandeur ou de son représentant légal
- Toute pièce justificative des biens et capitaux relevant du patrimoine dormant (photocopie du dernier relevé des taxes foncières sur les propriétés bâties et sur les propriétés non bâties, relevé annuel d'assurance vie...)

DOCUMENTS COMPLEMENTAIRES

- Un certificat médical rempli par votre médecin traitant
- Un justificatif de domicile (facture EDF ou de téléphone ou quittance de loyer)
- Un bulletin de situation (précisant la date d'entrée dans l'établissement).
- Pour les établissements hors des Hautes-Pyrénées, l'arrêté de tarification
- La détermination du Groupe Iso-Ressources (GIR) par le médecin coordonnateur

} APA à domicile

} APA en établissement

Partie réservée à l'Administration reçu le : _____ dossier complet : oui non

reçu par courrier par courriel par fax remis en main propre par: _____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DEMANDEUR

	Demandeur	<input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Concubin <input type="checkbox"/> Pacsé
Nom		
Prénom		
Nom de jeune fille		
Date et lieu de naissance		
N° de sécurité sociale		
Nationalité		
Situation de famille		
Caisse de retraite principale		
Situation du conjoint (si non retraité)		

Mentionnez, le cas échéant, l'existence d'une mesure de protection (joindre une copie du jugement)

sauvegarde de justice
 curatelle
 tutelle
 demande en cours

Nom, adresse et n° de téléphone du tuteur ou de l'association chargée de la mesure:

Coordonnées de la personne à contacter pour la visite d'évaluation ou en cas d'urgence

NOM : _____ Prénom : _____ t: _____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES REVENUS ET LE PATRIMOINE DU DEMANDEUR

1. RESSOURCES NE FIGURANT PAS DANS L'AVIS D'IMPOSITION/DE NON-IMPOSITION SUR LE REVENU

	Demandeur	Conjoint, concubin ou pacsé
Montants des revenus soumis au prélèvement libératoire		

2. ALLOCATIONS

Percevez vous :

	Oui	Non
La majoration pour aide constante d'une tierce personne (MTP)		
La prestation complémentaire pour recours à tierce personne (PC RTP)		
L'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP)		
La prestation de compensation du handicap (PCH)		
L'aide ménagère versée par les caisses de retraite		
L'aide ménagère au titre de l'aide sociale départementale		

Attention : aucune de ces prestations n'est cumulable avec l'allocation personnalisée d'autonomie

3. PATRIMOINE DORMANT

Joindre, le cas échéant, toute pièce justificative des biens et capitaux relevant du patrimoine dormant (photocopie du dernier relevé des taxes foncières sur les propriétés bâties et sur les propriétés non bâties, relevé annuel d'assurance vie...)

Biens immobiliers (non productifs de revenus)

Nature	Adresse	Valeur Locative

Ne pas déclarer la résidence principale si celle-ci est occupée par le demandeur, son conjoint, ses enfants ou petits-enfants

Biens mobiliers et capitaux non placés (dont assurance vie)

Nature	Valeur

Ne pas déclarer les capitaux placés, y compris ceux exonérés d'impôts (livret A, livret de développement durable, plan d'épargne logement, plan d'épargne en actions...). En revanche, la valeur des contrats d'assurance vie doit être déclarée.

Comment est calculé le montant attribué ?

➤ Cette allocation a été réformée par la loi d'Adaptation de la Société au Vieillessement du 28 décembre 2015. Dorénavant, le calcul du montant de l'APA et de la participation laissée à la charge du bénéficiaire est fonction du niveau de perte d'autonomie, du montant des ressources et du montant du plan d'aide. La participation du bénéficiaire est nulle jusqu'à un revenu mensuel de 813,39 € par bénéficiaire.

Montant mensuel maximum du plan d'aide à domicile au 01/04/2019

GIR 1 : 1 742,34 € / GIR 2 : 1 399,03 € / GIR 3 : 1 010,85 € / GIR 4 : 674,27 €

Elle peut aller de 0 à 90 % du montant du plan d'aide lorsque le revenu mensuel est situé entre 813,39 € et 2 995,53 €. Au-delà de 2 995,53 € elle est égale à 90% du montant du plan d'aide.

Dans le cas d'un couple, le calcul des ressources du bénéficiaire correspond au total des revenus du couple divisé par 1,7.

Où nous contacter ?

Direction de la Solidarité Départementale

Maison Départementale de l'Autonomie
Service Séniors

Ouverture au public : du lundi au vendredi de 8h45 à 12h et de 13h30 à 17h
Place Ferré - 65000 TARBES

Tél. : 05 62 56 74 28

Fax : 05 62 56 74 99

email : mission.personnes.agees@ha-py.fr



ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE



L'APA est issue d'un principe de solidarité universelle, dans le souci d'apporter une aide pour le maintien de l'autonomie des personnes âgées au quotidien.

hautespyrenees.fr



L'APA c'est quoi ?

L'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie) est une aide versée par le Département pour permettre à la personne âgée de faire face aux dépenses liées à la perte d'autonomie.

Cette allocation est dédiée au financement d'aides pour accomplir les actes essentiels de la vie courante (aide à domicile, portage de repas, téléassistance, accueil de jour...), d'aides techniques adaptées au niveau de la perte d'autonomie, d'aide au répit du proche aidant.



> L'APA, pour qui ?

Pour en bénéficier, il faut avoir **60 ans et plus**, résider de façon stable et régulière dans le Département des Hautes-Pyrénées et avoir un degré d'autonomie évalué par l'équipe médico-sociale du Conseil départemental sur une échelle GIR allant de 1 (les moins autonomes) à 4 (les plus autonomes).

Cette aide est accordée aux personnes qui ont fait le choix de rester dans leur domicile, dans une famille d'accueil, dans une résidence autonomie ou dans une résidence seniors.

> Comment faire une demande ?

Le dossier de demande d'APA peut être retiré à la Direction de la Solidarité Départementale, dans les Maisons Départementales de Solidarité, dans les mairies, dans les Centres Communaux d'Action Sociale (C.C.A.S) et dans les Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC).

Une fois constitué, le dossier dûment signé doit être déposé au Service Seniors.

Pièces obligatoires :

- > copie d'un justificatif d'identité,
- > copie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition sur les revenus,
- > un relevé d'identité bancaire,
- > toute pièce justificative des biens et capitaux relevant du patrimoine dormant (taxe foncière propriétés bâties et non bâties, relevé annuel d'assurance vie...).



Lorsque le dossier est déclaré complet par le Conseil départemental, l'équipe médico-sociale évalue le degré de dépendance du bénéficiaire et élabore avec la personne âgée un plan d'aide personnalisé adapté à ses besoins et à sa situation, pour faciliter sa vie à domicile. Son contenu tient compte également de son environnement social et familial.

Après acceptation du plan d'aide par le bénéficiaire, les droits à l'APA sont ouverts par décision de M. le Président du Conseil départemental.

Des possibilités de recours gracieux et contentieux sont prévues par la Loi.

à qui est-elle versée ?

Les prestations d'aide humaine à domicile prévues dans le plan d'aide, peuvent être délivrées selon trois modes d'intervention :

- emploi prestataire,
- emploi direct,
- emploi mandataire.

Le bénéficiaire a le libre choix de son mode d'intervention.

Emploi prestataire : l'APA est versée, soit au bénéficiaire sous forme de chèques CESU (le bénéficiaire gère ainsi le nombre d'heures faites : 1 chèque = 1 heure), soit directement au Service d'Aide à Domicile sur production d'une facture.

Emploi direct : l'APA est soit versée par le Département mensuellement sous forme de chèques CESU, soit directement sur le compte du bénéficiaire. Si vous êtes l'employeur direct, vous êtes tenu de déclarer votre employé et de fournir le contrat de travail ainsi que les justificatifs de dépenses.

Emploi mandataire : l'APA est versée directement sur le compte du bénéficiaire.

Pour les prestations autres que l'aide humaine (téléassistance, portage des repas, aides techniques, produits d'incontinence), l'APA est versée au bénéficiaire sur présentation des justificatifs.

Les sommes versées au titre de l'APA ne font pas l'objet d'un recouvrement sur succession du bénéficiaire, du légataire ou du donataire.

Les services du Département sont à votre disposition pour tout complément d'information sur la situation de votre patient.

Médecins du Pôle Médical Autonomie à contacter par Médimail :

Dr. Valérie CAPDEJELLE
Dr. Catherine CARLIER
Dr. Corinne SCOTTO
Secrétariat : 05 62 56 74 47

Le service des personnes âgées au sein de la Direction de la Solidarité Départementale essaie de répondre au mieux aux besoins des personnes âgées des Hautes-Pyrénées.



Cher Confrère, Chère Consœur,

Ce certificat est destiné à faciliter la demande de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie déposée par votre patient.

Il me sera adressé sous pli confidentiel à l'aide de l'enveloppe pré-identifiée avec le dossier de demande.

Je me permettrai de prendre éventuellement contact avec vous pour des renseignements complémentaires

Les Médecins du Pôle Médical Autonomie

ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE - CERTIFICAT MEDICAL

NOM : _____ PRENOM : _____

DATE de NAISSANCE : _____ LOCALITE : _____

ADRESSE où la personne peut être visitée : _____

ANTECEDENTS ET PATHOLOGIES EN RAPPORT AVEC LA PERTE D'AUTONOMIE - EVOLUTIONS ATTENDUES

Déficience auditive invalidante	<input type="checkbox"/>	Déficience visuelle invalidante	<input type="checkbox"/>		
Mise en danger :	<input type="checkbox"/>	Notion de chute :	<input type="checkbox"/>	Personne vivant seule :	<input type="checkbox"/>
Périmètre de marche : jusqu'à _____ m					
Vitesse de marche (plus de 4 sec pour 4 mètres)			<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
Station unipodale 5 sec. possible			<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
Dénutrition :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Amaigrissement :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Déshydratation :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Troubles de la déglutition :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Personne gauchère	<input type="checkbox"/>			Personne droitère	<input type="checkbox"/>

GRILLE AGGIR

VARIABLES DISCRIMINANTES

A : fait seul totalement, habituellement, correctement. **B** : fait partiellement. **C** : ne fait pas

COHERENCE : Converser et/ou se comporter de façon sensée	* comportement	
	* communication	
ORIENTATION : Se repérer dans le temps, les moments de la journée et les lieux	* temps	
	* espace	
TOILETTE : Concerne l'hygiène corporelle	* toilette du haut	
	* toilette du bas	
HABILLAGE : S'habiller, se déshabiller, se présenter	* habillage du haut	
	* habillage moyen	
	* habillage du bas	
ALIMENTATION : Manger les aliments préparés	* se servir	
	* manger	
ELIMINATION : Assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale	* urinaire	
	* anale	
TRANSFERTS : Se lever, se coucher, s'asseoir		
DEPLACEMENTS A L'INTERIEUR : Canne, déambulateur, fauteuil roulant	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
DEPLACEMENTS A L'EXTERIEUR A partir de la porte d'entrée sans moyen de transport Besoin d'accompagnement par une tierce personne	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
COMMUNICATION A DISTANCE Utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme		

TRAITEMENTS

Stomie : OUI NON

O2 : OUI NON

PRESCRIPTIONS MEDICALES

Soins infirmiers : OUI NON

Kiné : OUI NON

Souhaitez-vous être présent lors de l'évaluation de l'APA à domicile ? OUI NON

Si votre patient l'autorise, souhaitez-vous être tenu informé des suites de l'évaluation APA (GIR, plan d'aide...) ? OUI NON

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Selon vous, quelles sont les priorités à mettre en œuvre pour aider votre patient à vivre à domicile ?

Rempli par : Dr _____

Signature et cachet

Tél : _____

Date : _____

Si ce certificat n'a pas été complété par le Médecin traitant,

Merci d'indiquer le nom de ce dernier : _____

L'AIDE A DOMICILE

Vous souhaitez être aidé(e) à domicile

3

**F
O
R
M
U
L
E
S**

1

Vous faites appel à un Organisme qui vous fournit du personnel.
Vous n'êtes pas employeur.
L'organisme s'occupe de tout ; on dit alors qu'il est PRESTATAIRE.

2

Vous faites appel à un Organisme qui vous aide à recruter.
Vous êtes employeur et vous assumez toutes les charges et
difficultés de gestion liées à cette situation.
On dit alors que cet Organisme est MANDATAIRE.

3

Vous pouvez être l'employeur avec toutes les tâches et
responsabilités administrative correspondantes. On dit alors que
vous avez une relation DE GRE A GRE avec cette personne.

Avant de choisir l'une de ces trois formules, il est important de bien réfléchir aux différentes fonctions que vous voulez confier à cette personne et aux responsabilités que vous souhaitez assumer vous-même ou, au contraire, déléguer.

1

**VOUS ETES USAGER
D'UN SERVICE APORTE
PAR UNE ASSOCIATION
PRESTATAIRE**

L'Association est **employeur** de l'aide à domicile qu'elle met à votre disposition.

Elle assume l'entière responsabilité de l'intervention en :

- organisant le travail en fonction de vos besoins ou selon les modalités d'un plan d'aide ;
- s'assurant de la qualité de l'intervention ;
- s'engageant à maintenir une continuité de la prestation ;
- gérant les relations de travail ;
- accomplissant les démarches administratives.

VOUS PAYEZ A L'ASSOCIATION

selon un tarif horaire comprenant le salaire, les charges, les frais de gestion et les frais annexes (déplacements).

Vous êtes **EMPLOYEUR** de l'aide à domicile et vous **DELEGUEZ** les tâches administratives à l'Association.

Elle vous **AIDE** également pour :

- le recrutement
- l'organisation du travail
- le contrat de travail

Vous devez assumer avec l'aide éventuelle de votre famille les responsabilités d'**EMPLOYEUR** en ce qui concerne :

- la convention collective du particulier employeur
- les conséquences du licenciement quel qu'en soit le motif.

Vous **PAYEZ** le salaire, les congés, les charges sociales, les éventuels frais annexes (déplacement, indemnités de licenciement s'il y a lieu...) au salarié et les frais de gestion à l'Association.

Vous pouvez être exonéré des cotisations patronales de Sécurité Sociale sous certaines conditions.

Vous êtes **EMPLOYEUR** de l'aide à domicile et vous devez assumer, avec l'aide éventuelle de votre famille, l'ensemble des tâches et des responsabilités liées à ce statut d'employeur :

- le recrutement
- les démarches administratives liées à l'emploi
- les relations de travail, l'organisation du travail
- le respect de la convention collective
- les conséquences du licenciement quel qu'en soit le motif.

Vous **PAYEZ** le salaire, les congés, les charges sociales et les éventuels frais annexes (déplacement, indemnités de licenciement s'il y a lieu) au salarié .

Vous pouvez être exonéré des cotisations patronales de Sécurité Sociale sous certaines conditions.

2

**VOUS ETES EMPLOYEUR
DE L'AIDE A DOMICILE
PAR L'INTERMEDIAIRE
D'UNE ASSOCIATION
MANDATAIRE**

3

**VOUS ETES EMPLOYEUR
DE L'AIDE
A DOMICILE**

STRUCTURES D'AIDE A DOMICILE AUTORISÉES	ADRESSE TELEPHONE	TARIFS RETENUS PAR LE CONSEIL DEPARTEMENTAL AU TITRE DE L'A.P.A.
ADMR	27, Rue des Forges 65000 TARBES ☎ 05.62.36.73.40/Fax 05.62.36.29.81 info.fede65@admr.org	à/c du 01/01/19 22,52 €
ADOM TRAIT D'UNION	16, avenue des Pyrénées 32160 PLAISANCE DU GERS <u>Secteur</u> : Auriebat, Heres et Castelnau Rivière Basse ☎ 05.62.69.16.62	à/c du 01/05/15 20,09 €
AIDER	11 - 13 Rue de Gones 65000 TARBES ☎ 05.62.34.26.62/Fax 05.62.34.34.85	à/c du 01/01/19 22,28 € Tarif unique sans majoration de dimanche
CCAS ODOS	Mairie d'Odos 65310 ODOS ☎ 05.62.45.07.07/Fax 05.62.45.06.22	à/c du 01/10/19 20,80 €
SAP ENTRAIDE SERVICES	Rue Jean Loup Chrétien 65000 TARBES ☎ 05.62.44.03.16/Fax 05.62.44.03.15 contact@sapentraideservices.com	à/c du 01/01/20 Tarif unique 22,10 €
MIEUX VIVRE A MONTANER DEP. 64	Maison des Services 64460 PONTIACQ VILLEPINTE ☎ Fax 05.59.81.54.20 vivre8@orange.fr	à/c du 01/04/19 19,77 € Dimanche 29,66 €
PYRENE PLUS	31, Rue Eugène Ténat 65000 TARBES ☎ 05.62.44.03.20/Fax 05.62.44.03.24	à/c du 01/01/19 22,61 €
TOP SERVICES	9, Rue Pasteur 65200 BAGNERES DE BIGORRE ☎ 05.62.95.35.28/Fax 05.62.95.35.47	à/c du 01/01/19 20,70 € Dimanche 25,90 €
VVOLTAJ VIC	4 B Rue des Ecoles BP 17 65500 VIC EN BIGORRE ☎ 05.62.96.79.44/Fax 05.62.96.86.09	à/c du 01/01/19 21,00 € Dimanche et jours fériés 26,25 €

Tarifs applicables pour 2020 sous réserve d'une modification en cours d'année (05/12/2019 FP)

STRUCTURES D'AIDE A DOMICILE AUTORISÉES	ADRESSE TELEPHONE	TARIFS RETENUS PAR LE CONSEIL DEPARTEMENTAL AU TITRE DE L'A.P.A.
ADHAP Services	12,Av. Anselme ARRIEU 31800 SAINT GAUDENS ☎ 05.62.79.70.23	à/c du 01/02/18 25,00 € Dimanche 32,00 €
DOMALIANCE	31, Av. Du Pouey 65420 IBOS ☎ 09.86.28.80.90 ☎ 06.24.14.11.35/06.13.47.53.81 tarbes@domaliance.fr	à/c du 01/04/19 20,59 € Dimanche 25,75 €
AIDE & SERVICES 65	70 rue Larrey 65000 TARBES ☎05.62.53.86.42 Aets65@orange.fr	à/c du 01/01/18 22,45€ Dimanche 28,45€
ÛBI-APR Services	83, avenue Aristide Briand 65000 TARBES ☎ 05 62 53 22 22 Fax 05 62 38 12 16 contact-tarbes@ubi-apr.com	à/c du 01/02/19 22,30 € Dimanche 24,53 €
AXE AIDE	5 Rue François Marques 65000 TARBES ☎06.66.19.06.46 05.82.15.01.18	à/c du 01/01/2020 21,50 € Dimanche et jours fériés : 23,50 €
AXEO Services	29 Avenue Aristide Briand 65000 TARBES ☎ 05.62.31.91.84	à/c du 01/03/19 21,34 € Dimanche 29,20 €
Bigorre Services ADHAP (anciennement Age d'Or Services)	12, Rue Saint Exupéry 65240 ARREAU ☎ Fax 05.62.49.29.16 Adhap65a@adhapservices.eu	à/c du 01/02/19 21,07 € Dimanche 31,61 € Secteur d'intervention : Arreau et Tarbes
LA GIRANDIERE Directrice : Mme JEANGRAND	Résidence avec Services pour seniors 75 rue Kléber 65000 TARBES ☎ 05 35 37 99 00	à/c du 01/03/18 22,25€
QUALIT'AIDE	69, Rue du 11 Novembre 65800 AUREILHAN ☎ 05.62.36.80.99	à/c du 01/03/19 21,19 € Dimanche 28 €
O2 CARE SERVICES Responsable : M. PLUM	1, Rue Victor Hugo 65000 TARBES ☎ 06.99.44.16.81 ☎ 02.43.72.02.02	à/c du 01/06/18 23,53 €
SI BIEN CHEZ SOI (COVIVA)	2, Rue des Carmes 65000 TARBES ☎ 05.62.53.15.28	à/c du 01/01/19 Bénéficiaire conventionné APA 23,33 € Dimanche et jours fériés : + 25% soit 29,16€
VITALLIANCE Responsable : Mme SCHOUMACKER	Avenue du Moulin Espace Cristal 64140 LONS ☎05.59.68.05.37 Anne.tarascon@vitalliance.fr	à/c du 01/01/2016 22€