DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

Aide à domicile □

Prestation temporaire de maintien à domicile □

Merci de remplir ce formulaire en noir, en lettres majuscules et avec les accents

1 ère deman	de 🗆 Reno	uvellement 🗆	Modif	ication 🗆	Aggravation	- bénéfi - conjoi					
Invalide [Retro	aité 🗆	Actif	(y compris IJ)	Ayant droit	– conjoi – enfan					
				Prénom de l'	enfant:						
Vous mêm	e :			Votre conjoir partenaire dan		concub un PAC		ou			
Mademoiselle	☐ Madame	☐ Monsi	eur 🗖	Mademoiselle 🗖	Madame		∕lonsieur [_			
Votre nom de	naissance:			Son nom de naissan	ıce:						
Votre nom d'épouse :				Son nom d'épouse : (s'il y a lieu)							
Vos prénoms : (souligner le préno	om courant)			Ses prénoms:							
Votre numéro	de sécurité sociale			(souligner le prenom courant)							
			L_l	Sa date de naissance :							
Votre date de	naissance:			En cas de décès, précisez la date :							
Avez-vous une	e complémentaire sa	nté? Oui 🗖	Non 🗖	Son numéro de sécurité sociale :							
Votre adresse	:										
				Est-il retraité du Rég		Oui 🗖	Non 🗖				
Code postal:				Est-il hébergé en éta	ablissement?	Oui 🔲	Non 🛘				
Commune:				Réseau de solic	larité :						
Téléphone (pour nous permettre de vous contacter en cas de nécessité):				Contact avec la famille Oui 🔲 Non 🖵							
Domicile : _ _ _ _				Voisinage susceptible d'aider Oui ☐ Non Visite régulière d'amis Oui ☐ Non							
Portable : _ _ _ _				Vie associative Oui ☐ Non ☐							
				Vie « confinée » - is Commerces accessi		Oui 🗖 Oui 🗖	Non ☐ Non ☐				
	ation familiale			Votre logemen	t						
Vous êtes :	Célibataire □ Séparé (e) □	Veuf (veuve Divorcé(e)	**	Appartement							
Sivousvivez	en couple, vous ê Marié(e) □ En concubinage □	Pacsé(e) □		Nombre de pièces to Nombre de pièces u Nombre de niveaux Votre étage : Ascenseur :	tilisées:	Oui 🗖	Non 🗆				
Vous vivez:	Seul(e) De manière indépendante			Type de chauffage:							
	Hébergé par un me En hébergement co		Salle de bains ac rehausseur pour wo		d'appui, Oui □	siphon Non □	sol				
La Caisse RSI po	urra l'utiliser pour vous cor	A reto	urner à :								



Autres personnes vivant au foyer :

Nom	Prénom	Date de Lien de p naissance		de parenté (Préciser		servations si la personne est en perte d'autonomie		
ordonnées des enfa	nts ne vivant	pas au foy	er:					
Nom Prénom			Adresse	Numéro de téléphone				

tre demande d'aide								
		Aid	e à domicile	Garde	à domic	rile		
mbre d'heures demandée								
urla période :		du	auauau					
néficiez-v ous : D'une aide à domicile Période duau	Oui 🗖	Non □	Votre conjoint bén D'une aide à dom Période du	éficie-t-il : icile au	Oui 🗖	Non		
D'une garde à domicile Période du au	Oui 🗖	Non □	D'une garde à do Période du	micile au	Oui 🗖	Non		
	itat Oui □	Non □	D'une amélioratio	on à l'habitat		Non		
D'une amélioration à l'habi Objet Date			Objet Date					
Objet		•••••	Objet Date D'un service de p		Oui 🗖			
Objet Date	e repas Oui 🗖	Non □	Date	oortage de repas		Non		
Objet	e repas Oui 🗖	Non □	D'un service de p	oortage de repas télé-alarme	Oui 🗖	Non Non		
Objet	e repas Oui une Oui une	Non 🗆 Non 🗅	Date D'un service de p D'un système de Régime de retrait APA GIR:	oortage de repas télé-alarme e financeur :	Oui 🗆 Oui 🗅 Oui 🗅	Non Non Non		
Objet Date D'un service de portage de D'un système de télé-alarn	e repas Oui une Oui une	Non 🗆 Non 🗅	Date D'un service de p D'un système de Régime de retrait APA	oortage de repas télé-alarme e financeur :	Oui 🗆 Oui 🗅 Oui 🗅	Non Non Non		
Objet Date D'un service de portage de D'un système de télé-alarn	e repas Oui une Oui une	Non 🗆 Non 🗅	Date D'un service de p D'un système de Régime de retrait APA GIR:	oortage de repas télé-alarme e financeur :	Oui 🗆 Oui 🗅 Oui 🗅	Non Non Non		



Vos ressources mensuelles

Y compris celles de votre conjoint et de toute autre personne vivant au foyer

(a) DP: droit personnel DD: droit dérivé

				Montant MENSUEL perçu par :					
	Organismes	Nombre de trimestres validés	Nature du droit DP-DD (a)	Demandeur	Conjoint	Autres personnes vivant au foyer			
Pension :									
Régime général									
Régime(s)									
complémentaire(s)									
_									
MSA									
Autres régimes									
Régime étranger									
APA									
AAH									
Indemnités journalières									
Autres ressources (indiquez l	e numéro correspondant)		N°						
1. salaires ou BIC- 2 .al	llocations de chômage-	3.pensions			***************************************				
d'invalidité- 4.rentes accident du travail- 5.pensions veuves de									
guerre- 6.pensions militaires (invalidité- blessures) hors retraite du									
combattant- 7.rentes viagères- 8.Revenus locatifs- 9.revenus									
mobiliers- 10. pensions alim									
-			TOTAL						

J'atteste sur l'honneur que les renseignements contenus dans cette demande sont exacts et reconnais avoir été informé(e) qu'il n'existe pas de voie de recours contre la décision qui sera prise.

Chaque demande de prise en charge doit être accompagnée de la copie du dernier avis fiscal connu

« La Loi rend passible d'amende et d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de déclarations inexactes ou incomplètes (art.L.114-13 du code de la sécurité sociale, arts. 313-1, 313-3, 433-19, 441-1 et 441-7 du code pénal, art. L725-l'3 du code rural)»

La Loi 78/17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de notre organisme.

Faità.	
Le	

Signature du demandeur ou de son représentant (indiquer la qualité) :



ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE

Nom et coordonnées du professionnel qui a complété l'évaluation :

Situation au regard des actes essentiels et ordinaires de la vie

Α	spontanément (S) ret totalement (T) ret habituellement (H)	ne fait pas s eul ni spontané ment ni tot alement ni habituellement ni correctement B fait seul non spontané ment et/ou partielle ment et/ou non habituellement et/ou non correctement		C la	répoi	nse e	st nor	n pour 1	ous les adverbe tous les adverb à 3 adverbes	
					S	T	Н	C	Score A/B ou C	
1	COHERENCE	conserver et/ou se comporter de façon sensée								
2	ORIENTATION	se repérer dans le temps, les moments de la journée et o	dans les lieux							
3	TOILETTE	conceme l' hy giène corporelle		haut bas						
4	HABILLAGE	s' habiller, se déshabiller, se présenter haut moyen bas								
5	ALIMENTATION	manger les aliments préparés		ervir nger					***************************************	
6	ÉLIMINATION	as surer l'hy giène de l'élimination		naire écale						
7	TRANSFERT	se lever, se œucher, s' asseoir								
8		TERIEUR avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil rou								
9		TERIEUR à partir de la porte d'entrée sans moyen de tra								
10	Conference and the second of t	DISTANCE: utiliser les moyens de communication,	téléphone, sonr	nette,						
	alarme	BLES ILLUSTRATIVES – AUTONOMIE DO	OMESTIOIII	FFT	SO	CIAI	F	***************************************	<u></u>	1
4.4	-		JMESTIQUI	<i></i>	500		<i>.</i>			-
11	GESTION	gérer ses propres affaires, son budget, ses biens								1
12	CUISINE MENAGE	préparer ses repas et les conditionner pour être servis								+
13 14	TRANSPORT	effectuer l'ensemble des travaux ménagers prendre et /ou commander un moyen de transport								1
15	ACHATS	acquisition directe ou par correspondance								1
16										1
17		ABRE activités sportives, culturelles, sociales, de le	oisirs ou de pa	isse-						
			GI	R	***************************************		kb	ISSUE DE L'ANNE		
Co	ordonnées du Sei	rvice à domicile								
2	:	Email :	@							
(La Loi rend passible d'ame oupable de fraudes ou de déclar	rende et d'emprisonnement quiconque se rend rations inexactes ou incompêtes (art.L.114-13 du code).» Fait à	re et cachet							



La Loi 78/17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de notre