

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} demande <input type="checkbox"/>	Renouvellement <input type="checkbox"/>	Modification <input type="checkbox"/>	Aggravation - bénéficiaire <input type="checkbox"/>
			- conjoint <input type="checkbox"/>
Invalide <input type="checkbox"/>	Retraité <input type="checkbox"/>	Actif (y compris IJ) <input type="checkbox"/>	Ayant droit - conjoint <input type="checkbox"/>
			- enfant <input type="checkbox"/>

Prénom de l'enfant :

Vous même :

Mademoiselle Madame Monsieur

Votre nom de naissance :

Votre nom d'épouse :

Vos prénoms :

(souligner le prénom courant)

Votre numéro de sécurité sociale :

.....

Avez-vous une complémentaire santé ? Oui Non

Votre adresse :

.....

Code postal :

Commune :

Téléphone (pour nous permettre de vous contacter en cas de nécessité) :

Domicile :

Portable :

Email *1 :@.....

Votre situation familiale :

Vous êtes : Célibataire Veuf (veuve)
Séparé (e) Divorcé(e)

Si vous vivez en couple, vous êtes :

Marié(e) Pacsé(e)
En concubinage

Vous vivez : Seul(e) De manière indépendante
Hébergé par un membre de votre famille
En hébergement collectif

Votre conjoint(e) ou concubin(e) ou partenaire dans le cadre d'un PACS :

Mademoiselle Madame Monsieur

Son nom de naissance :

Son nom d'épouse :

Ses prénoms :

(souligner le prénom courant)

Sa date de naissance :

En cas de décès, précisez la date :

Son numéro de sécurité sociale :

.....

Est-il retraité du Régime général ? Oui Non

Est-il hébergé en établissement ? Oui Non

Réseau de solidarité :

Contact avec la famille	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Voisinage susceptible d'aider	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Visite régulière d'amis	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Vie associative	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Vie « confinée » - isolement social	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Commerces accessibles	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Votre logement

Appartement Maison individuelle
Autre :

Nombre de pièces total :

Nombre de pièces utilisées :

Nombre de niveaux :

Votre étage :

Ascenseur : Oui Non

Type de chauffage :

Salle de bains adaptée (barres d'appui, siphon sol, rehausseur pour wc, etc) : Oui Non

*1 La Caisse RSI pourra l'utiliser pour vous contacter.

A retourner à :

Autres personnes vivant au foyer :

Nom	Prénom	Date de naissance	Lien de parenté	Observations (Préciser si la personne est autonome ou en perte d'autonomie)

Coordonnées des enfants ne vivant pas au foyer :

Nom	Prénom	Adresse	Numéro de téléphone

Votre demande d'aide

	Aide à domicile	Garde à domicile
Nombre d'heures demandées (par mois) :		
Pour la période :	du au	du au

Bénéficiez-vous :

- D'une aide à domicile Oui Non
Période du au
- D'une garde à domicile Oui Non
Période du au
- D'une amélioration à l'habitat Oui Non
Objet
- Date
- D'un service de portage de repas Oui Non
- D'un système de télé-alarme Oui Non

Votre conjoint bénéficie-t-il :

- D'une aide à domicile Oui Non
Période du au
- D'une garde à domicile Oui Non
Période du au
- D'une amélioration à l'habitat Oui Non
Objet
- Date
- D'un service de portage de repas Oui Non
- D'un système de télé-alarme Oui Non
- Régime de retraite financeur :
APA Oui Non
GIR :

Motivation de votre demande

.....

.....

.....

.....

.....

