

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE AIDE A DOMICILE

- 1ère demande
 Prolongation
 Demande suite à accident causé par un tiers

1 - Situation du bénéficiaire de l'aide

Nom d'usage : _____ Prénom : _____

N°d'immatriculation : _____ Date de naissance : _____

N°Allocataire CAF : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone : _____

- Célibataire
 Marié(e)
 Vie maritale ou PACS
 Séparé(e)
 Divorcé(e)
 Veuf (ve)
- Pension d'invalidité
 Arrêt de travail indemnisé
 RSA

2 - Situation du conjoint, concubin(e), partenaire PACS

Nom d'usage : _____ Prénom : _____

N°d'immatriculation : _____ Date de naissance : _____

- En activité
 Retraité (e)
 Autre à préciser _____

3 - Autres personnes vivant au foyer du demandeur (hors conjoint)

Nom et prénom	Date de naissance	Lien de parenté

4 - Ressources mensuelles

	Bénéficiaire de l'aide	Conjoint, concubin(e), PACSE(e)	Autres personnes résidant au foyer
Indemnités journalières (maladie, accident du travail)			
Compléments d'indemnités journalières (employeur, prévoyance ...)			
Pension d'invalidité			
Complément pension d'invalidité			
Indemnités Pôle Emploi			
RSA			
Salaires			
Retraites			
Retraites complémentaires			
AUTRES RESSOURCES			
1 - Allocations familiales			
2 - Rentes accident du travail			
3 - Rentes			
4 - Pensions veuves de guerre			
5 - Pensions militaires (invalidité blessures) y compris ascendants			
6 - Rentes viagères			
7 - Revenus locatifs, fermages			
8 - Revenus mobiliers			
9 - Allocations handicapés			
10 - Allocation compensatrice			
11 - Autres allocations			
12 - Pensions alimentaires versées par les enfants			
13 - Indemnités viagères de départ			
14 - Autres ressources			
TOTAUX			
TOTAL GENERAL			

5 - Charges

Locataire (montant du loyer avant déduction APL ou allocation logement) : €

Accédant à la propriété (montant des mensualités avant déduction APL) : €

- Propriétaire Hébergé chez des tiers ou famille
- Hébergement d'urgence

6 - Prise en charge par un autre organisme

- Oui Non

Si OUI, cocher les cases ci-dessous :

- MDPH au titre de la prestation de compensation Conseil Général au titre de l'Action Sociale
- Complémentaire santé/Prévoyance Autre à préciser :

Période de prise en charge Du : _____ Au : _____

7 - Evaluation du besoin d'aide à domicile

Grille d'évaluation du besoin d'aide à domicile

Cocher : **A** : Fait seul(e) totalement et correctement - **B** : Fait seul(e) partiellement - **C** : Ne fait pas

	A	B	C
Toilette / Habillage			
Courses			
Préparation des repas			
Se servir et se nourrir			
Faire le ménage et le linge			
Se lever, se coucher, s'asseoir			
Déplacements au sein du domicile			

SYNTHESE AVEC LE DEMANDEUR - PROPOSITION D'AIDE

- **Besoins formulés par la personne :** _____

- **Besoins évalués par le service ou l'association :**

	Du Lundi au Vendredi	Samedi Dimanche	Occasionnellement vacances
- Aide à la personne			
- Aide à la prise de repas			
- Entretien du logement			
- Courses			
- Surveillance le jour			
- Surveillance la nuit			

Actions à envisager : _____ heures par mois Du : _____ Au : _____

Liste des pièces à joindre impérativement :

- Le bulletin d'hospitalisation mentionnant la date d'entrée et de sortie
- L'imprimé «évaluation du besoin d'aide à domicile» établie par le co-contractant
- Les justificatifs de ressources des 3 derniers mois précédant la demande
- Le dernier avis d'imposition ou de non-imposition
- Une copie du refus ou accord de l'aide sociale, si la personne répond aux critères.

Fait à
Nom et signature de l'évaluateur

Le
Cachet et coordonnées de l'association