

DEMANDE D'AIDE AU MAINTIEN A DOMICILE

- ASSURE EN SITUATION DE HANDICAP DANS L'ATTENTE DE PCH
- ASSURE ATTEINT D'UNE MALADIE GRAVE (nécessitant dialyse, radiothérapie ou chimiothérapie)
- ASSURE DEMANDANT UNE PROLONGATION D'AIDE SUITE A UNE SORTIE D'HOSPITALISATION

LE DEMANDEUR

Nom d'usage : _____ Nom de naissance : _____

Prénom(s) : _____ Date de naissance : _____

N° Sécurité Sociale : _____

Situation familiale : Seul En couple

Si en couple, le conjoint peut-il aider ? Oui Non

Si non pourquoi ? _____

Nombre d'enfants à charge : _____ Ages des enfants : _____

COORDONNEES DU DEMANDEUR

Numéro de téléphone : _____ Mail : _____

Adresse postale : _____

AIDES DEJA EN PLACE

- ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE
- PRESTATION COMPENSATION DU HANDICAP
- PRISE EN CHARGE AIDE A DOMICILE CAF
- AIDES DE LA MUTUELLE

QUELS SONT LES BESOINS ?

- Aide à domicile :
- Ménage
 - Entretien du linge
 - Préparation des repas
 - Courses
 - Aide à la toilette

Nombre d'heures souhaitées par semaine : _____

Portage de repas

Nombre de repas souhaités par semaine (possible du lundi au samedi à raison d'un repas par jour) : _____

Fait le : _____

Fait à : _____

Signature :

JUSTIFICATIFS A FOURNIR

- Avis d'imposition
- Justificatifs de ressources des 3 derniers mois, pour l'ensemble du foyer
- Certificat médical complété par un professionnel de santé (ci-dessous)
- Accusé réception de la demande de PCH (si concerné)

INTERVENTION MAXIMALE POSSIBLE

- Aide dans le cadre du handicap : 30h réparties sur 3 mois, renouvelable une fois
- Aide dans le cadre d'une sortie d'hospitalisation ou de maladie longue avec soins actifs :
 - Un accord de principe peut être demandé par l'Assistant Social de l'établissement pour 20h sur 1 mois
 - Puis :
 - 1ère période de 60h sur 3 mois
 - Renouvellement : 40h sur 3 mois
 - Dernier renouvellement : 30h sur 3 mois

Certificat médical (hors assurés en situation de handicap dans l'attente de PCH)

Certificat médical (à compléter par un professionnel de santé)

Demande d'AIDE MENAGERE

Je soussigné(e), Docteur _____

Certifie que l'état de santé de M. ou Mme _____

Nécessite la présence d'une aide-ménagère à domicile à raison de _____ heures par semaine, sur une période du _____ au _____. (Voir ci-dessus)

Fait le _____ , à _____

Tampon et signature

**Les documents sont à nous adresser à l'adresse :
CPAM de Loir-et-Cher - 6 rue Louis Armand - 41000 BLOIS**