

Loire
LE DÉPARTEMENT



DOSSIER DE DEMANDE - PERSONNE HANDICAPÉE

- Aide sociale aux services ménagers
- Aide sociale à l'hébergement

L'AIDE SOCIALE aux services ménagers

Vous avez entre 20 et 60 ans ou plus de 60 ans avec un statut de personne handicapée avant cet âge, vous résidez à domicile, vous êtes autonome pour les actes essentiels mais vous avez besoin d'aide pour réaliser certaines activités quotidiennes : le Département de la Loire vous propose l'aide sociale aux services ménagers.

QUELLES SONT LES AIDES QUI PEUVENT VOUS ÊTRE APPORTÉES ?

Une personne employée par un prestataire de services à domicile habilité à l'aide sociale pourra intervenir chez vous, pour vous aider à réaliser les activités de la vie quotidienne : entretien du linge et du logements, courses alimentaires, préparation des repas, accompagnements aux sorties.

La visite d'un travailleur social à domicile permettra d'évaluer l'aide répondant à vos besoins et les activités retenues.

COMMENT EST ATTRIBUÉE L'AIDE SOCIALE AUX SERVICES MÉNAGERS ?

L'attribution de la prestation est soumise à conditions de ressources. Le revenu annuel ne doit pas dépasser 11 533,02 € pour une personne seule et 17 905,06 € pour un couple (montants actualisés au 1^{er} janvier 2023).

Si la condition de ressources est remplie, le département de la Loire peut prendre en charge une partie des frais sur la base d'un tarif horaire de 23 € au 1^{er} janvier 2023. Une participation horaire de 1,50 € est laissée à la charge du bénéficiaire.

L'aide ménagère constitue une avance récupérable par le Département.

L'AIDE SOCIALE à l'hébergement

Vous avez entre 20 et 60 ans ou plus de 60 ans avec un statut de personne handicapée avant cet âge, vous êtes accueilli à la journée ou résidez dans un établissement et vous avez besoin d'aide pour participer aux frais de votre hébergement : le Département de la Loire vous propose l'aide sociale à l'hébergement.

Vous pourrez en effet bénéficier de la prise en charge d'une partie de vos frais de séjour si vous êtes hébergé dans un établissement habilité à l'aide sociale.

En cas d'hébergement dans une structure non habilitée, il pourra également apporter une participation calculée sur la base d'un prix de journée moyen départemental, si vous résidez dans la structure depuis au moins 5 ans à titre payant.

COMMENT EST CALCULÉE L'AIDE SOCIALE À L'HÉBERGEMENT ?

Le dossier de demande fait l'objet d'une instruction par les services du Département. Si l'aide est accordée, elle correspond à la différence entre le prix de journée de l'établissement et :

- Le reversement d'une partie des ressources de la personne accueillie, calculé en fonction du type d'établissement.
- L'éventuelle participation de son conjoint.

En cas d'internat, le Département de la Loire peut déduire également du reversement des ressources le coût de la mutuelle du demandeur, dans la limite d'un forfait de 650 € par an (montant au 1^{er} juillet 2022).

EXEMPLE : internat en foyer de vie

Tarif hébergement : 120 €/jour
Coût mensuel : 3 600 €
Aide au logement : 100 €
Reversement des ressources
du demandeur : 670 €
Prise en charge mutuelle : 50 €

Le département complètera à hauteur de 2 880 € par mois

Coût
mensuel
3 600 €

-

Aide au
logement
100 €

-

Contribution du demandeur
670 € - mutuelle 50 €
= 620 €

=

Financement
du Département
2 880 €

LISTE DES PIÈCES À FOURNIR POUR UNE DEMANDE D'AIDE SOCIALE AUX SERVICES MÉNAGERS ET À L'HÉBERGEMENT

DOCUMENTS COMMUNS CI-JOINTS À REMPLIR

- Le formulaire de demande (*document 1*)
- La fiche "conséquences de l'admission à l'aide sociale" (*document 2*)
- Le relevé de capitaux placés (*document 3*)
- L'avis du CCAS (*document 7*)

PIÈCES COMMUNES À AJOUTER

- La photocopie de la Carte Nationale d'Identité, d'un passeport européen, ou un extrait d'acte de naissance. Si le demandeur est de nationalité étrangère, la photocopie de la carte de résidence ou le titre de séjour
- La photocopie intégrale du livret de famille
- La photocopie recto verso du dernier avis d'imposition ou de non imposition sur le revenu du demandeur, son conjoint, concubin ou personne avec laquelle il a conclu un PACS
- La photocopie recto verso des avis d'imposition relatifs aux taxes foncières sur les propriétés bâties et non bâties
- La photocopie des contrats d'assurance vie et les relevés annuels attestant des intérêts perçus au titre des assurances vie
- Les justificatifs de ressources perçues : AAH, pensions et retraites, prestations CAF, y compris l'allocation logement (joindre la photocopie des attestations indiquant les montants perçus ou la copie des trois derniers relevés de tous les comptes bancaires)
- La photocopie du jugement en cas de mesure de protection juridique (curatelle, tutelle, sauvegarde de justice...)
- La photocopie du contrat d'accueil si le demandeur réside dans une famille d'accueil agréé
- Le cas échéant la copie du plan de surendettement (document Banque de France)

PIÈCES À AJOUTER POUR UNE DEMANDE DE SERVICES MÉNAGERS

- La copie des actes de donation intervenus dans les 10 ans précédant cette demande
- Le certificat médical rempli par votre médecin traitant (*document 5*) et la grille AGGIR (*document 6*)

PIÈCES À AJOUTER POUR UNE DEMANDE D'AIDE SOCIALE À L'HÉBERGEMENT

- La fiche d'entrée en établissement complétée par l'établissement d'accueil (*document 4*)
- La décision d'orientation de la commission des droits et de l'autonomie (CDA)

OÙ VOUS RENSEIGNER ET RETIRER VOTRE DOSSIER ?

- Auprès de la Maison Loire Autonomie du Département
- Auprès de votre mairie, du Centre Communal d'Action Sociale
- Auprès des établissements d'hébergement
- Auprès des services de maintien à domicile

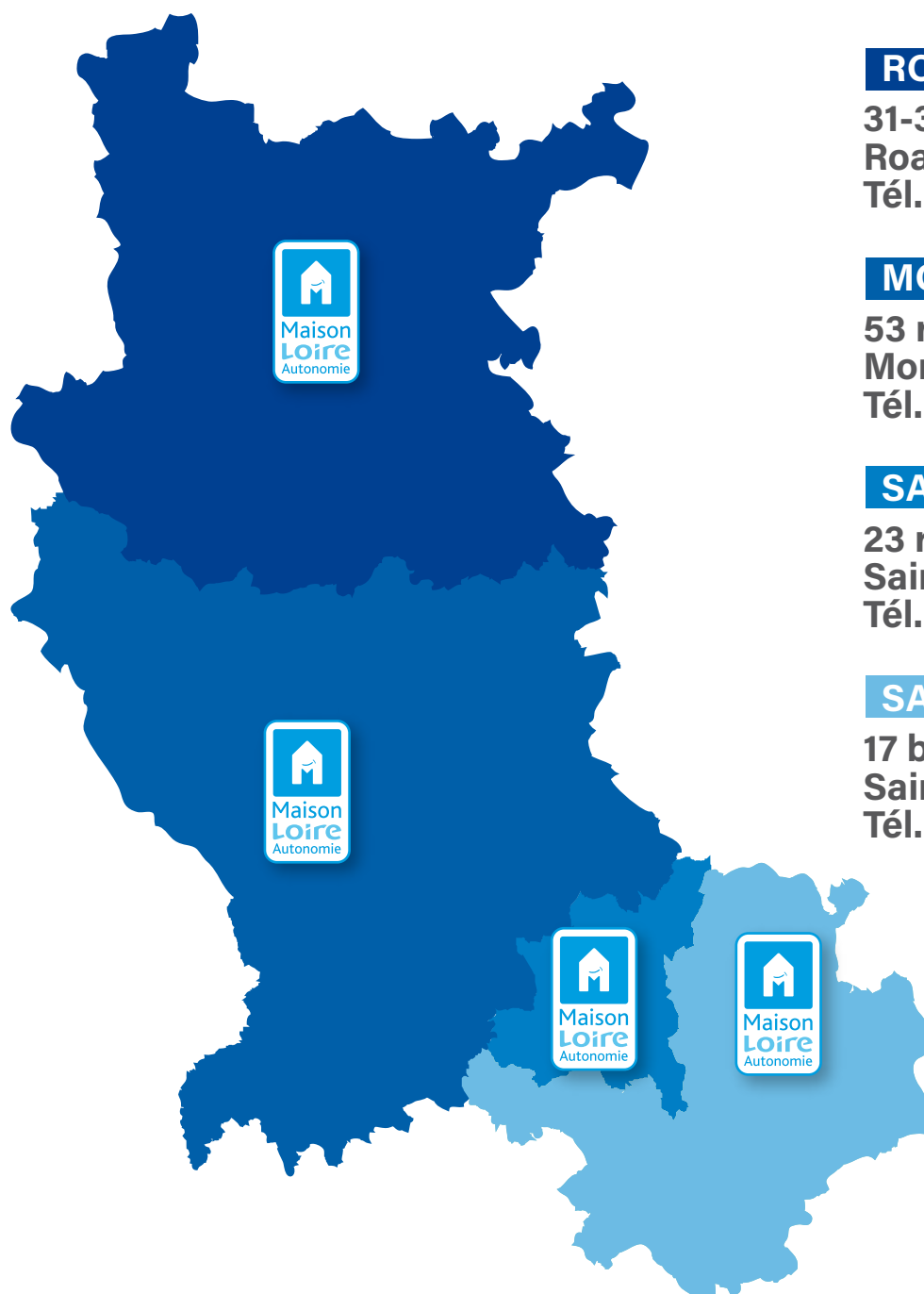
Le dossier peut également être retiré sur le site internet du Département de la Loire : www.loire.fr

OÙ DÉPOSER VOTRE DOSSIER ?

Auprès de votre mairie ou du Centre Communal d'Action sociale (CCAS).



LA MAISON LOIRE AUTONOMIE PROCHE DE CHEZ VOUS



Pour nous rencontrer :

ROANNE

31-33 rue Alexandre Raffin
Roanne
Tél. 04 77 23 83 83

MONTBRISON

53 rue de la République
Montbrison
Tél. 04 77 96 55 69

SAINT-ÉTIENNE

23 rue d'Arcole
Saint-Étienne
Tél. 04 77 49 91 91

SAINT-CHAMOND

17 bis bd Waldeck Rousseau
Saint-Chamond
Tél. 04 77 29 27 58

Plus d'infos : www.loire.fr

loire.fr    

DÉPARTEMENT DE LA LOIRE

Hôtel du Département
2 rue Charles de Gaulle
42022 Saint-Étienne cedex 1
Tél. 04 77 48 42 42

DEMANDE D'AIDE SOCIALE PERSONNE HANDICAPÉE

- Aux services ménagers
 À l'hébergement

- 1^{re} DEMANDE
 RENOUELEMENT



UN DOSSIER À REMPLIR PAR DEMANDEUR TOUT DOSSIER NON SIGNÉ NE POURRA PAS ÊTRE INSTRUIT

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DEMANDEUR

	DEMANDEUR	<input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Concubin <input type="checkbox"/> Partenaire PACS
Nom - Prénom		
Nom de naissance		
Date et lieu de naissance		
N° de sécurité sociale		
Nationalité	<input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Ressortissant Union européenne <input type="checkbox"/> Ressortissant hors Union européenne	<input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Ressortissant Union européenne <input type="checkbox"/> Ressortissant hors Union européenne
Date d'arrivée en France (ressortissants étranger)		
Situation de famille du demandeur	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié / séparé <input type="checkbox"/> Divorcé	<input type="checkbox"/> Veuf <input type="checkbox"/> Concubin <input type="checkbox"/> Partenaire PACS

Mentionnez si vous faites l'objet d'une mesure de protection :

- sauvegarde de justice
 curatelle simple
 curatelle renforcée
 tutelle
 autre (précisez : mesure d'accompagnement judiciaire, habilitation familiale...) :

Nom et adresse de l'organisme ou de la personne chargée de la gestion des biens :

Tél : Courriel :

ADRESSE ACTUELLE DU DEMANDEUR

.....
.....

Tél.

Précisez s'il s'agit : du domicile de l'établissement d'hébergement Date d'entrée :

- de l'accueil familial par un particulier à domicile à titre onéreux
 autre (ex : chez un enfant, un parent)

Adresse précédente du demandeur :

- Si vous êtes en établissement > Indiquez l'adresse du domicile avant la première entrée en établissement
- Si vous êtes à domicile, en cas de déménagement depuis moins de 3 mois > Indiquez l'adresse précédente

.....
.....

ADRESSE DU CONJOINT, CONCUBIN, PARTENAIRE PACS (si différente de celle actuelle du demandeur)

Adresse :

.....
.....

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PRESTATIONS PERÇUES

Percevez-vous :

- La majoration pour aide constante d'une tierce personne (MTP) ? oui non
- La prestation complémentaire pour recours à tierce personne (PCRTP) ? oui non
- L'allocation compensatrice tierce personne (ACTP) ? oui non
- La prestation de compensation du handicap (PCH) ? oui non
- L'aide ménagère versée par les caisses de retraite (PAP) ? oui non
- L'aide ménagère au titre de l'aide sociale départementale ? oui non
- L'allocation personnalisée d'autonomie (APA - domicile ou établissement) ? oui non

RESSOURCES MENSUELLES

Produits	Du demandeur	Du conjoint, concubin, partenaire PACS
Salaire ou bénéfice déclaré		
Allocation aux adultes handicapés (AAH)		
Pension d'invalidité		
Indemnités journalières		
RSA ou ARE (aide au retour à l'emploi)		
Rente accident du travail		
Pensions et retraites / allocation de solidarité pour personnes âgées (ASPA)		
Pension militaire		
Revenus de rentes viagères		
Revenus du capital placé : • Imposable • Non imposable		
Revenus des contrats d'assurance vie (y compris si intérêts capitalisés)		
Revenus fonciers		
APL ou aide au logement		

CHARGES

- Pensions et/ou obligations alimentaires versées oui non Si oui, montant mensuel
- Avez-vous une mutuelle ? oui non Si oui, montant annuel
- Plan de surendettement (fournir une copie du plan de surendettement) oui non Si oui, montant mensuel
- Contrat obsèques : oui non Si oui, montant mensuel
- Date de souscription :

PATRIMOINE DU FOYER

1. Habitation principale

Propriétaire

Hébergé à titre gratuit

locataire : dans ce cas, précisez

Bailleur privé

Bailleur public

2. Biens immobiliers

 Indiquez pour chaque bien : adresse, valeur estimée, revenus locatifs et fournissez les relevés de taxes foncières correspondantes

	Adresse	Valeur estimée en euros	Revenus locatifs (si oui, montant à indiquer)
1.			<input type="checkbox"/> oui, montant : <input type="checkbox"/> non
2.			<input type="checkbox"/> oui, montant : <input type="checkbox"/> non
3.			<input type="checkbox"/> oui, montant : <input type="checkbox"/> non
4.			<input type="checkbox"/> oui, montant : <input type="checkbox"/> non
5.			<input type="checkbox"/> oui, montant : <input type="checkbox"/> non

DONATIONS ET ASSURANCE VIE (à ne compléter que pour une demande de services ménagers)

1. Donations

Avez-vous fait une donation dans les 10 ans précédant cette demande ?

oui non

Cette donation a-t-elle été consentie devant un notaire ?

oui non

Si oui, nom et adresse du notaire :

S'il s'agit de dons manuels non enregistrés devant notaire, indiquez la date et le montant de chaque don :

2. Assurance vie

Avez-vous souscrit un ou des contrats d'assurance vie ?

oui non

Si oui, précisez :

	Date de souscription du contrat	Organisme et N° du contrat	Noms et adresses des bénéficiaires en cas de décès
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

PERSONNE(S) À JOINDRE POUR TOUT RENSEIGNEMENT COMPLÉMENTAIRE (enfants, parents)

Nom / prénom

Adresse / téléphone

.....
.....
.....

.....
.....
.....

OBSERVATIONS COMPLÉMENTAIRES (facultatif)

.....
.....
.....

Je soussigné(e),

Agissant en mon nom propre / en ma qualité de représentant de

reconnais avoir pris connaissance des dispositions ci-dessous et, reconnais avoir lu et signé la fiche jointe intitulée "Conséquences de l'admission à l'aide sociale"

■ FRAUDE (article 135-1 du code de l'action sociale et des familles)

Sans préjudice des paiements en restitution, quiconque aura frauduleusement bénéficié ou tenté de bénéficier de l'aide sociale, sera puni des peines prévues aux articles 313-1, 313-2, 313-7 et 313-8 du code pénal.

■ PRISE EN COMPTE D'UNE DEMANDE D'AIDE SOCIALE

La prise en considération d'une demande d'aide sociale impose que toutes les autres possibilités de prise en charge aient été préalablement vérifiées.

■ AIDE SOCIALE À L'HÉBERGEMENT

L'attribution de l'aide sociale à l'hébergement est subordonnée au règlement d'une participation aux frais d'hébergement et de la contribution des époux aux charges du mariage (article 214 du code civil).

■ CAS DE SURENDETTEMENT

Il convient d'informer la commission de surendettement de l'attribution de l'aide sociale à l'hébergement.

■ CHANGEMENT DE SITUATION

Tout changement de situation du bénéficiaire de l'aide sociale devra être signalé aux services du Département (pôle vie sociale). J'autorise la Maison Loire Autonomie à transmettre les éléments du dossier aux caisses de retraite.

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis dans le cadre de cette demande.

Fait à

Signature :

Le

DISPOSITIONS CONCERNANT LES DROITS DES CITOYENS DANS LEURS RELATIONS AVEC LES ADMINISTRATIONS

En application des dispositions du livre III du code des relations entre le public et l'administration, les personnes qui le demandent pourront consulter les documents relatifs à la présente demande les concernant. Les modalités d'accès seront appliquées conformément aux dispositions édictées.

DISPOSITIONS RELATIVES AU TRAITEMENT AUTOMATISÉ DE DONNÉES A CARACTÈRE PERSONNEL

Les traitements relatifs à cette demande sont informatisés. Ils sont donc soumis aux dispositions de la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, qui protège les droits et libertés individuels.

Toute personne dispose du droit de décider et de contrôler les usages qui sont faits des données à caractère personnel les concernant. Conformément à l'article 32 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, les personnes auprès desquelles sont recueillies des informations nominatives sont informées que :

- Toutes les réponses aux différents questionnaires sont obligatoires. Un défaut de réponse entraînera des retards ou une impossibilité d'instruction du dossier
- Les destinataires des informations collectées sont exclusivement les administrations et organismes habilités à connaître les dossiers d'aide sociale 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, en justifiant de votre identité, à Monsieur le Président du Département à l'adresse ci-dessous :

Département de la Loire
Hôtel du Département
2 rue Charles de Gaulle
42022 Saint-étienne cedex 1

CONSÉQUENCES DE L'ADMISSION À L'AIDE SOCIALE



Ce document est à joindre pour toute demande
d'Aide sociale à l'hébergement ou aux services ménagers

DOCUMENT À REMPLIR PAR LE DEMANDEUR À LIRE TRÈS ATTENTIVEMENT

Les personnes sollicitant le bénéfice d'une prestation d'aide sociale prévue par ce dossier
sont informées des dispositions suivantes :

DES RECOURS SONT EXERCÉS PAR LE DÉPARTEMENT (article 132- 8 du code de l'action sociale et des familles)

1. POUR LES ADMISSIONS AU TITRE DE L'AIDE SOCIALE À L'HÉBERGEMENT

La récupération s'exerce au 1^{er} euro contre :

- La succession du bénéficiaire (dans la limite de l'actif net successoral. Les héritiers ne sont pas tenus personnellement au remboursement de la créance).
- Le recours sur succession n'est pas exercé si les héritiers sont le conjoint, les enfants, les parents ou la personne ayant assumé la charge de la personne handicapée.

2. POUR LES ADMISSIONS AU TITRE DE L'AIDE SOCIALE AUX SERVICES MENAGERS

La récupération s'exerce au 1^{er} euro contre :

- Le bénéficiaire lorsqu'un évènement nouveau améliore sa situation financière (retour à meilleure fortune).
- Les donataires, pour une donation hors part successorale. Lorsque la donation est intervenue postérieurement à la demande d'aide sociale ou dans les 10 ans précédant cette demande.
- Le légataire particulier.
- Les bénéficiaires d'un contrat d'assurance vie à concurrence de la fraction des primes versées après l'âge de 70 ans.

La récupération s'exerce au 1^{er} euro au delà d'un seuil de 46 000 € et pour la part de la créance supérieure à 760 €, contre :

- La succession du bénéficiaire (dans la limite de l'actif net successoral. Les héritiers ne sont pas tenus personnellement au remboursement de la créance).
- Les légataires universels ou à titre universel.
- Le recours sur succession n'est pas exercé si les héritiers sont le conjoint, les enfants, les parents ou la personne ayant assumé la charge de la personne handicapée.

HYPOTHEQUES (article 132-9 du code de l'action sociale et des familles)

Les immeubles appartenant aux bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement peuvent être hypothéqués en garantie des recours indiqués ci-dessus

Je soussigné(e) déclare avoir pris connaissance des dispositions ci-dessus indiquées et autorise le Président du Département à solliciter auprès des administrations compétentes toute évaluation de mon patrimoine, notamment cadastrale.

Fait à

Date

Signature précédée de la mention "lu et approuvé"

RELEVÉ DES CAPITAUX PLACÉS



Ce document est à joindre pour toute demande d'Aide sociale à l'hébergement ou aux services ménagers

DOCUMENT À REMPLIR PAR LE DEMANDEUR TOUT DOSSIER NON SIGNÉ NE POURRA FAIRE L'OBJET D'UNE ÉTUDE

Tous les capitaux détenus (imposables ou non-imposables) par le demandeur, son conjoint, son concubin ou la personne avec qui il a conclu un PACS sont à déclarer.

Produits	Nom et adresse de l'agence	Numéro de compte	Capital (en euros)	Intérêts perçus ou capitalisés de l'année précédant la demande
Comptes chèques				
Livrets d'épargne (Livret A, LDD, LEP...)				
Plan ou compte épargne logement				
Contrats d'assurance vie				
Plan d'épargne populaire (PEP)				
Obligations, actions, SICAV, SCPI, parts sociales				
Bons d'épargne, bons de caisse, bons de capitalisation, bons anonymes				
Autres (préciser)				

Je soussigné(e).....

atteste sur l'honneur que les renseignements portés sur le présent document sont exacts.

Fait à

Signature

Date



Ce document est à joindre pour toute demande
d'Aide sociale aux services ménagers **UNIQUEMENT**

DOCUMENT À REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT

À l'attention du médecin traitant

Dans l'intérêt du suivi de votre patient, et pour permettre à l'équipe médico-sociale d'effectuer une étude du dossier dans les meilleurs délais, je vous prie de bien vouloir compléter la demande ci-après, la grille AGGIR et d'y joindre tout document complémentaire que vous jugerez utile.

Il est rappelé que l'équipe médico-sociale est astreinte au secret médical (article 226-13 du Code pénal) : elle reste à votre disposition pour vous informer de la suite donnée à cette demande.

En vous remerciant par avance de votre obligeance, je vous prie d'agréer, cher confrère, l'expression de mes salutations confraternelles.

Le médecin autonomie de l'équipe médico-sociale

ÉTAT CIVIL DU DEMANDEUR

NOM NOM de naissance

Prénom DATE de naissance

Sexe : F M

Adresse du demandeur

.....
.....

COORDONNÉES DU MÉDECIN TRAITANT

NOM Prénom

Adresse

.....
.....

Tél. Mail

COORDONNÉES DU MÉDECIN QUI COMPLÈTE LE CERTIFICAT MÉDICAL (si différent du médecin traitant)

NOM Prénom

Adresse

.....
.....

Tél. Mail

ORIGINE DE LA PERTE D'AUTONOMIE : LES PRINCIPALES PATHOLOGIES

GROUPE DE PATHOLOGIES	PATHOLOGIES	PATHOLOGIES PRINCIPALES (à cocher)	COMMENTAIRES
1. Cardio-vasculaires	1.1 Insuffisance cardiaque / mycardiopathie		
	1.2 Athérosclérose		
	1.3 Troubles du rythme		
2. Broncho-pulmonaires	2.1 Broncho-pneumopathies		
	2.2 Insuffisance respiratoire		
3. Neuro-psychiatriques	3.1 Accidents vasculaires cérébraux (à préciser)		
	3.2 Épilepsie		
	3.3 Syndrome parkinsonien		
	3.4 Pathologies neurodégénératives		
	3.5 États anxio-dépressifs		
	3.6 Psychose, délire, hallucinations		
	3.7 Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées		
	3.8 Éthylisme		
4. Ostéo-articulaires	4.1 Pathologies dégénératives (à préciser)		
	4.2 Pathologies inflammatoires (à préciser)		
	4.3 Séquelles post traumatiques (à préciser)		
5. Gastro-entérologiques	5.1 Affections hépatiques, biliaires, pancréatiques		
	5.2 Incontinence fécale		
	5.3 Autres		
6. Endocriniennes	6.1 Diabète		
	6.2 Dysthyroïdie		
	6.3 Dénutrition		
	6.4 Déshydratation		
7. Uro-néphrologiques	7.1 Insuffisance rénale		
	7.2 Incontinence urinaire		
8. Hématologie et cancérologie	8.1 Anémies		
	8.2 Cancers(à préciser)		
	8.3 Hémopathies malignes (à préciser)		
9. Pathologies sensorielles	9.1 Pathologies ophtalmologiques (à préciser)		
	9.2 Pathologies auditives (à préciser)		

TRAITEMENTS SUIVIS (Médicamenteux et/ou rééducation fonctionnelle)	PERSPECTIVES D'ÉVOLUTION (à cocher)			DÉFICIENCES - BILANS COMPLÉMENTAIRES		
	Pathologie aiguë	Pathologie chronique	Évolution péjorative			
				Signes de décompensation		
				Oxygène <input type="checkbox"/> Assistance respiratoire éventuelle <input type="checkbox"/>		
				Dysarthrie <input type="checkbox"/>	Aphasie, mutité <input type="checkbox"/>	
				Possibilité de communication : verbale <input type="checkbox"/>		non verbale <input type="checkbox"/>
				Localisation	MSD <input type="checkbox"/> MSG <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIG <input type="checkbox"/>	
				Troubles de l'équilibre		
				Suivi neuro-psychiatrique		
				Troubles de mémoire	MMS : Imagerie :	
				Troubles du comportement	Agitation <input type="checkbox"/> Fugue <input type="checkbox"/>	Agressivité <input type="checkbox"/> Déambulation <input type="checkbox"/>
				Aides techniques	Périmètre de marche : Canne <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant <input type="checkbox"/> Déambulateur <input type="checkbox"/> Autres : Prothèse extérre <input type="checkbox"/>	
				Type d'alimentation		
				Troubles de déglutition <input type="checkbox"/>	Stomie <input type="checkbox"/>	
				Complications du diabète	DNID <input type="checkbox"/> DID <input type="checkbox"/>	
				Poids :		
				Taille :		
				Protections pour incontinence <input type="checkbox"/>	SAD <input type="checkbox"/>	
				Dialyse <input type="checkbox"/> Fréquence :		
				Acuité visuelle après correction	œil droit : œil gauche :	
				Déficit auditif moyen	oreille droite : oreille gauche :	

GRILLE NATIONALE AGGIR

Degré d'autonomie et besoin d'accompagnement



Ce document est à joindre pour toute demande
d'Aide sociale aux services ménagers **UNIQUEMENT**

DOCUMENT À REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT

Cette grille est destinée à évaluer la perte d'autonomie de la personne âgée à partir du constat des activités qu'elle effectue ou non. On ne doit pas tenir compte de l'aide apportée par les aidants et soignants. En revanche, les aides matérielles et techniques sont considérées comme faisant partie de la personne (lunettes, prothèses auditives, fauteuil roulant, canne, etc).

ÉTAT CIVIL DU DEMANDEUR

NOM NOM de naissance

Prénom DATE de naissance

Adresse

GRILLE À REMPLIR

A : fait seul(e) spontanément ET totalement ET habituellement ET correctement.

B : fait seul(e) non spontanément ET/OU totalement ET/OU non habituellement ET/OU non correctement.

C : Ne fait pas seul(e) OU l'activité est réalisée en partie par la personne, mais tout doit être refait à chaque fois.

			A	B	C
1	TRANSFERTS	• Se lever, se coucher, s'asseoir			
2	DÉPLACEMENTS À L'INTÉRIEUR	• Avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant			
3	TOILETTE	• Haut : visage, tronc, membres supérieurs, mains, rasage, coiffage			
		• Bas : membres inférieurs, pieds, régions intimes			
4	ÉLIMINATION	• Assurer l'hygiène de l' élimination urinaire			
		• Assurer l'hygiène de l' élimination fécale			
5	HABILLAGE	• Haut : vêtements passés par les bras et/ou la tête			
		• Moyen : fermeture des vêtements, boutonnage, fermeture éclair, ceinture, pressions			
		• Bas : vêtements passés par le bas du corps, y compris chaussettes, bas, chaussures			
6	ALIMENTATION	• Se servir : couper la viande, peler un fruit, remplir son verre			
		• Manger les aliments préparés			
7	ALERTER	• Utiliser les moyens de communication à distance, téléphone, sonnette, téléalarme			
8	DÉPLACEMENTS À L'EXTÉRIEUR	• À partir de la porte d'entrée sans moyen de transport			
9	ORIENTATION	• Se repérer dans le temps saison, moment de la journée			
		• Se repérer dans l'espace : lieux de vie habituels et lieux nouveaux			
10	COHÉRENCE	• Communication : avec autrui dans la vie courante			
		• Comportement : réactions adaptées aux situations, agressivité			

VOTRE PATIENT(E) BÉNÉFICIE-T-IL (ELLE) ?

- D'un service de soins à domicile oui non
- D'une infirmière à domicile oui non
- D'une aide à domicile oui non

Fait à

Date

Cachet et signature du médecin (indispensable)

AVIS DU CCAS

(Centre communal d'action sociale)



Ce document est à joindre pour toute demande
d'Aide sociale à l'hébergement ou aux services ménagers

DOCUMENT À REMPLIR PAR CCAS**COMMUNE**

Commune de

Suite à la demande de

Domicilié dans sa commune (adresse)

.....

.....

En vue de :

.....

AVIS DU CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE **Avis favorable** **Avis défavorable****MOTIVATIONS**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....