Loire
LE DÉPARTEMENT

Maison Loire Autonomie

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 12 523,14 € pour une personne seule et 19 442,21 € pour un couple (montants actualisés au 1er janvier 2026).

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 25 € au 1er janvier 2026. 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 fixé annuellement par le Département 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 1er janvier 2026).

EXEMPLE : internat en foyer de vie

Tarif hébergement : 120 €/jour
Coût mensuel : 3 600 €
Aide au logement : 100 €
Reversement des ressources du demandeur : 720 €
Prise en charge mutuelle : 50 €

Le département complètera à hauteur de 2 830 € par mois

Coût mensuel	-	Aide au logement	-	Contribution du demandeur 720 € - mutuelle 50 €	=	Financement du Département
3 600 €		100 €		= 670 €		2 830 €

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 ?

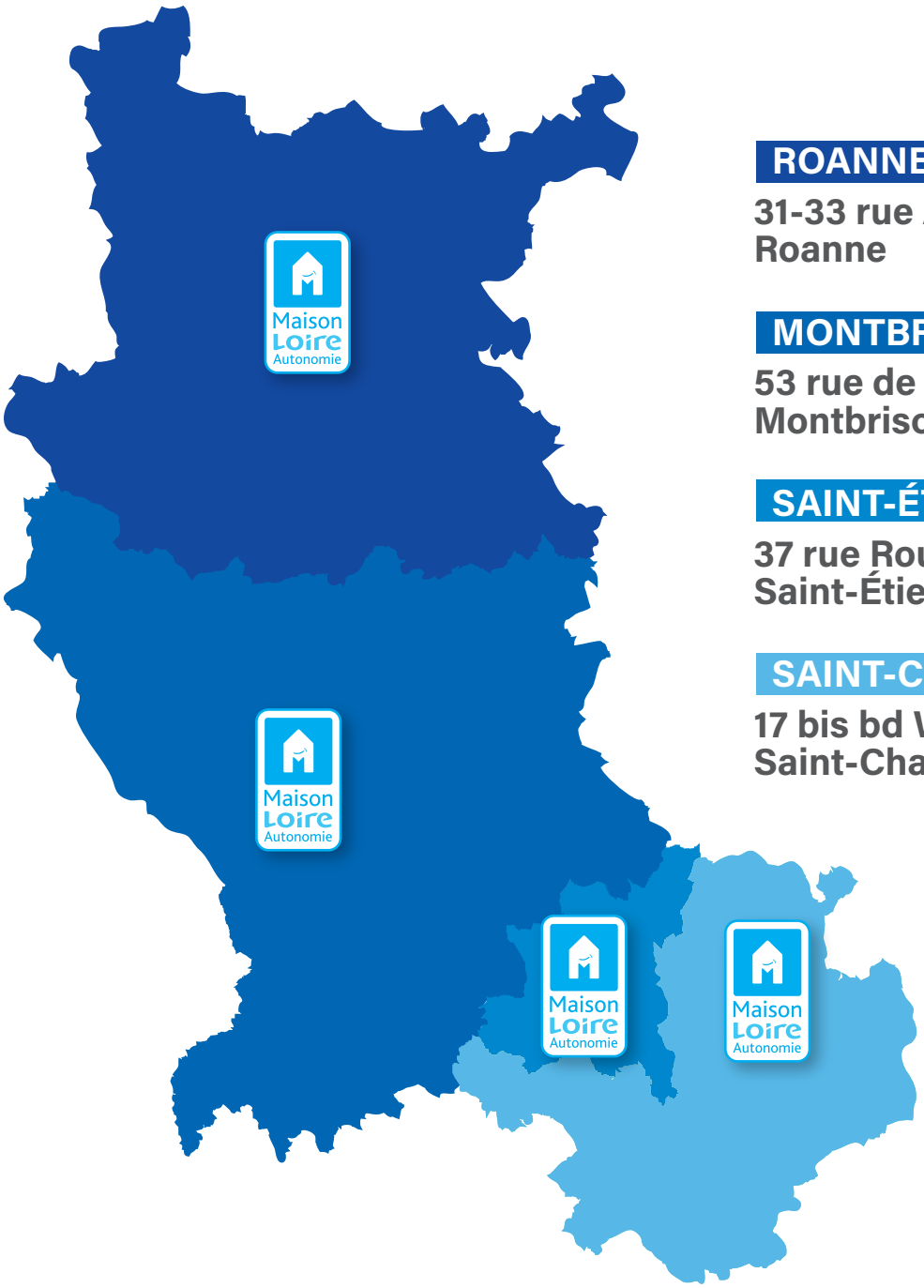
- Auprès de la Maison Loire Autonomie du Département
- Auprès de votre mairie, du Centre Communal d'Action Sociale
- Auprès des établissements d'hébergement
- Auprès des services de maintien à domicile

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



ROANNE
31-33 rue Alexandre Raffin
Roanne

MONTBRISON
53 rue de la République
Montbrison

SAINT-ÉTIENNE
37 rue Rouget de Lisle
Saint-Étienne

SAINT-CHAMOND
17 bis bd Waldeck Rousseau
Saint-Chamond

Pour nous contacter :

04 77 49 91 91

Plus d'infos : www.loire.fr

loire.fr

CRÉATION : DIRECTION DE LA COMMUNICATION - DÉPARTEMENT DE LA LOIRE - 05/2026

1

DEMANDE D'AIDE SOCIALE PERSONNE HANDICAPÉE

Maison Loire Autonomie

☐ Aux services ménagers
☐ À l'hébergement

☐ 1re DEMANDE
☐ RENOUVELLEMENT

UN DOSSIER À REMPLIR PAR DEMANDEUR

TOUT DOSSIER NON SIGNÉ NE POURRA PAS ÊTRE INSTRUIT

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DEMANDEUR

	DEMANDEUR	☐ Conjoint ☐ Concubin ☐ Partenaire PACS
Nom - Prénom		
Nom de naissance		
Date et lieu de naissance		
N° de sécurité sociale		
Nationalité	☐ Français ☐ Ressortissant Union européenne ☐ Ressortissant hors Union européenne	☐ Français ☐ Ressortissant Union européenne ☐ Ressortissant hors Union européenne
Date d'arrivée en France (ressortissants étranger)		
Situation de famille du demandeur	☐ Célibataire ☐ Marié / séparé ☐ Divorcé ☐ Veuf ☐ Concubin ☐ 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 ☐ oui ☐ non Si oui, montant mensuel .....
(fournir une copie du plan de surendettement)

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.			☐ oui, montant : ..... ☐ non
2.			☐ oui, montant : ..... ☐ non
3.			☐ oui, montant : ..... ☐ non
4.			☐ oui, montant : ..... ☐ non
5.			☐ oui, montant : ..... ☐ 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 votre situation devra être signalé aux services du Département.

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

Fait à ..... Signature :

Le .....

INFORMATIONS SUR LE TRAITEMENT DE VOS DONNÉES PERSONNELLES

Responsable du traitement : *Département de la Loire*

Base légale : *mission d'intérêt public – articles L131-1 et L241-1 du Code de l'action sociale et des familles*

Pourquoi vos données sont collectées ? *Pour instruire votre demande, calculer et contrôler les droits associés.*
Si vous ne fournissez pas les informations demandées, votre dossier sera traité avec retard ou ne pourra pas être traité.

Destinataires des données :

- *Les agents dûment habilités au sein du Département*
- *Les agents dûment habilités de la Maison Départementale des personnes handicapées (MDPH) si vous avez demandé la Carte Mobilité Inclusion (CMI) ou la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) ou une orientation en établissement médico-social*
- *Le CCAS où vous avez déposé votre dossier pour les informer de la suite donnée à la demande*
- *Selon la prestation, les établissements d'hébergement ou les services autonomie à domicile pour la mise en œuvre de l'aide*
- *Les caisses de retraites dans le cadre du contrôle de la règle de non cumul des aides*

Durée de conservation : *6 ans à compter de la cessation des droits du demandeur.*

Droit d'accès et de rectification :

Il peut être exercé auprès du Délégué à la protection des données du Département :

- *Soit par courrier :*
  Département de la Loire
  Délégué à la protection des données
  2 rue Charles de Gaulle
  42022 Saint-Étienne CEDEX 1
- *Soit par messagerie électronique : rgpd@loire.fr*

Si vous rencontrez des difficultés dans l'exercice de vos droits, vous avez également la possibilité de saisir la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) - 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07

2

CONSÉQUENCES DE L'ADMISSION À L'AIDE SOCIALE

Maison Loire Autonomie

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 1er 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 1er 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 1er 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"

3

RELEVÉ DES CAPITAUX PLACÉS

Maison Loire Autonomie

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 .....

4

FICHE D'ENTRÉE EN ÉTABLISSEMENT

Maison Loire Autonomie

Ce document est à joindre pour toute demande d'aide sociale à l'hébergement.

DOCUMENT À REMPLIR PAR L'ÉTABLISSEMENT D'ACCUEIL

Nom et prénom du bénéficiaire .....

Date d'entrée dans l'établissement .....

Situation professionnelle :

☐ sans activité professionnelle ☐ ESAT ☐ Autre (à préciser) .....

.....

COORDONNÉES DE L'ÉTABLISSEMENT

Nom de l'établissement .....

Adresse .....

.....

.....

Code postal ..... Ville .....

Tél. : ..... Adresse mail : .....

TYPOLOGIE D'ÉTABLISSEMENT

☐ Habilité aide sociale ☐ Non habilité aide sociale

Accueil de jour - Externat			**Hébergement - Internat**		
Section accueil de jour (SAJ)	Section annexe de l'ESAT	IME IEM IMPRO	Foyer d'hébergement	Foyer de vie	Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM)
Mi temps ESAT Mi temps SAJ	Mi temps SAJ Mi temps retraité	Maison d'accueil spécialisée (MAS)	IME IEM IMPRO	EHPAD	Maison d'Accueil Spécialisée (MAS)
Autre			Autre		
Prix de journée fixé par le Département : ..... €			Prix de journée fixé par le Département : ..... €		

Pour les établissements hors Loire, joindre l'arrêté de tarification du Département en vigueur.

5

CERTIFICAT MÉDICAL

Maison Loire Autonomie

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 / myocardiopathie		
	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 ☐ Assistance respiratoire éventuelle ☐	
				Dysarthrie ☐	Aphasie, mutité ☐
				Possibilité de communication : verbale ☐	non verbale ☐
				Localisation	MSD ❑ MSG ❑ MID ❑ MIG ❑
				Troubles de l'équilibre	
				Suivi neuro-psychiatrique	
				Troubles de mémoire	MMS : ..... Imagerie : .....
				Troubles du comportement	Agitation ❑ Agressivité ❑ Fugue ❑ Déambulation ❑
				Aides techniques	Périmètre de marche : ..... Canne ❑ Fauteuil roulant ❑ Déambulateur ❑ Autres : ..... Prothèse extérre ❑
				Type d'alimentation	
				Troubles de déglutition ❑	Stomie ❑
				Complications du diabète	DNID ❑ DID ❑
				Poids :	
				Taille :	
				Protections pour incontinence ❑	SAD ❑
				Dialyse ❑ Fréquence :	
				Acuité visuelle après correction	œil droit : ..... œil gauche : .....
				Déficit auditif moyen	oreille droite : ..... oreille gauche : .....

OBSERVATIONS COMPLÉMENTAIRES

Fait à ..... Date .....

Cachet et signature du médecin (indispensable)

6

GRILLE NATIONALE AGGIR

Degré d'autonomie et besoin d'accompagnement

Maison Loire Autonomie

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) BENEFICIE-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)

7

AVIS DU CCAS
(Centre communal d'action sociale)

Maison Loire Autonomie

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....