

## DEMANDE D'AIDE SOCIALE

- PERSONNES AGEES                       PERSONNES HANDICAPEES  
 Pour  AIDE MENAGERE                       AIDE MENAGERE COMPLEMENTAIRE DE SOINS

### FICHE D'EVALUATION

A COMPLETER PAR LE CENTRE COMMUNAL (INTERCOMMUNAL) D'ACTION SOCIALE  
 DU DOMICILE DU DEMANDEUR

**NOM :** ..... **PRENOM :** .....

## ENVIRONNEMENT SOCIAL ET FAMILIAL

### Le logement

Occupez-vous :

- Un logement personnel :   
(que ce soit en tant que locataire ou propriétaire)
- Un logement en foyer logement
- Un appartement thérapeutique
- Un logement chez un tiers   
(en qualité d'hébergé(e))

Si oui, veuillez préciser l'identité de cette personne et le lien éventuel de parenté :

Quelle est sa nature : Une maison  Un appartement  Un studio

Quel est son type : F1  F2  F3  F4  Autres (veuillez préciser) .....

Le logement est-il : En rez-de chaussée  A l'étage  avec ascenseur

Le logement est-il : à proximité des commerces  Isolé

### Les personnes vivant au domicile du demandeur :

• Identité et lien de parenté éventuel avec le demandeur : .....

• Sont-ils en activité : OUI  NON

Veuillez préciser leur situation : .....

### La famille proche :

IDENTITE	LIEN DE PARENTE	AGE	COMMUNE DE RESIDENCE	ACTIVITE PROFESSIONNELLE En l'absence d'activité professionnelle, veuillez préciser leur situation

## AIDES EXISTANTES

### Bénéficiez-vous actuellement :

de l'aide apportée par des membres de la famille ou par d'autres personnes (si oui, veuillez préciser) :

Nom(s)-Prénoms(s) et lien(s) éventuel(s) de parenté : .....

Nature de l'aide apportée (courses, ménage, repas...) : .....

Evaluation approximative de l'aide ainsi apportée : ..... heures par mois

des interventions d'une aide ménagère (si oui, veuillez préciser) :

Nombre d'heures mensuelles effectuées : .....

Organisme intervenant au domicile : .....

Organisme de prise en charge financière : Département  Caisse de retraite

Autre (à préciser) : .....

Date de fin de cette prise en charge : .....

des repas pris en foyer restaurant ou du portage de repas à domicile

## REALISATION DES ACTIVITES DOMESTIQUES

Etes-vous en capacité de :

ACTIVITES MENAGERES	OUI	NON	AVEC DIFFICULTES
Préparer les repas			
Faire les courses non accompagné(e)			
Faire l'entretien quotidien (vaisselle, balayage...)			
Faire le nettoyage des sols, sanitaires, cuisinière...			
Entretenir le linge			
Faire le lit			

## AIDE DEMANDEE PAR L'INTERESSE(E)

Nombre d'heures mensuelles sollicitées : .....

Au titre : d'une 1<sup>ère</sup> demande  d'un renouvellement  d'une révision

- Personnes Handicapées : Certificat médical obligatoire (Imprimé du Département)
- Personnes Agées : Certificat médical obligatoire (Imprimé du Département) pour toute demande d'heures égale ou supérieure à 18h.

Pour effectuer les activités ménagères suivantes : .....

## AVIS MOTIVE DU CCAS OU CIAS

FAVORABLE POUR ..... HEURES PAR MOIS

Motifs : .....

DEFAVORABLE

Motifs : .....

Date, signature et cachet du CCAS ou CIAS