

EXPOSÉ DE LA SITUATION SOCIALE

Cadre réservé au service intervenant

Ci-dessous, faire ressortir les difficultés particulières tenant à la situation sociale, aux conditions de logement, à l'isolement, à la situation locative, etc...

Tâches à réaliser	..... ..... .....	
Cadence de l'intervention	Nombre de fois par semaine	.....	Nombre d'heures par jour
		

PROPOSITION DU SERVICE INTERVENANT

Cadre réservé au service intervenant

Période durant laquelle l'aide ménagère est sollicitée : du au
 Nombre d'heures proposées mensuellement :
 Reste à charge du bénéficiaire :

L'association ou le service intervenant Cachet ou signature

Fait le

AVIS ET SIGNATURE DE LA COMMUNE

Cadre réservé au CCAS ou à la Mairie

Le Président du CCAS ou le Maire Cachet ou signature

Fait à le



Cadre réservé à la DAPAPH

N° de dossier :

Reçu le :

Secteur :

PA

PH

DOSSIER DE DEMANDE D'AIDE MÉNAGÈRE À DOMICILE

Première demande

Renouvellement

ÉTAT CIVIL

	LE DEMANDEUR	LE CONJOINT
Nom de naissance		
Nom marital		
Prénom(s)		
Date et lieu de naissance		
Nationalité		
Situation de famille	<input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> marié(e)s <input type="checkbox"/> pacsé(e)s <input type="checkbox"/> divorcé(e) <input type="checkbox"/> veuf(ve) <input type="checkbox"/> concubins	
Situation professionnelle		
N° de sécurité sociale	.....	.....

N° de téléphone fixe

.....

Portable

.....

DOMICILE

Votre adresse de résidence	Adresse :
	Complément d'adresse :
	Code postal <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
	Commune :

D'autres personnes vivent-elles dans votre foyer ? Oui Non

Nom et Prénom	Parenté	Date de Naissance	Profession	Ressources Annuelles
.....
.....
.....

MESURE DE PROTECTION

<p>Bénéficiez-vous d'une mesure de protection?</p> <p><input type="checkbox"/> habilitation familiale</p> <p><input type="checkbox"/> sauvegarde de justice</p> <p><input type="checkbox"/> curatelle</p> <p><input type="checkbox"/> tutelle</p> <p><input type="checkbox"/> aucune</p>	<p>Si oui :</p> <p><input type="checkbox"/> particulier</p> <p><input type="checkbox"/> organisme :</p> <p>Nom du tuteur :</p> <p>Prénom du tuteur :</p> <p>Adresse postale :</p> <p>N° de téléphone : <input type="text"/></p> <p>Courriel :@.....</p>
---	---

Si vous le souhaitez, vous pouvez nous communiquer le nom d'une personne à contacter en cas de nécessité.

Nom : **Prénom :**

Lien avec le demandeur :

Adresse postale :

N° de téléphone :

Courriel :@.....

RESSOURCES ET REVENUS DU FOYER

RESSOURCES	MONTANTS MENSUELS DEMANDEUR	MONTANTS MENSUELS CONJOINT
Pensions, retraites, rentes, salaires <i>(Préciser l'organisme)</i>		
Allocation adulte handicapé		
Revenus du capital <i>(Préciser l'organisme)</i>		
Revenus fonciers		
Autres ressources <i>(A préciser)</i>		

Montants à reporter en euros

<p>Vous êtes propriétaire :</p> <p><input type="checkbox"/> de votre logement</p> <p><input type="checkbox"/> d'autres biens immobiliers</p> <p><input type="checkbox"/> d'aucun bien immobilier</p>	<p><i>Préciser l'adresse et la nature des autres biens</i></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Avant la présente demande, vous avez consenti à :</p> <p><input type="checkbox"/> un leg</p> <p><input type="checkbox"/> une donation en espèce</p> <p><input type="checkbox"/> une donation d'un bien immobilier</p> <p><input type="checkbox"/> aucun de ces actes</p>	<p><i>Préciser la valeur et la date de l'acte, ainsi que l'identité du donataire/légataire</i></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Avez-vous souscrit à une assurance vie?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p>	<p><i>Préciser la date de souscription, l'organisme souscripteur et l'identité des bénéficiaires</i></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

PIÈCES À JOINDRE

Ces pièces justificatives sont à joindre impérativement à votre demande.

	Pour une personne handicapée	Pour une personne âgée
Grille d'évaluation du besoin complétée et signée par le service intervenant	X	X
Justificatif d'identité	X	X
Justificatif de domicile de moins de 3 mois	X	X
Mesure de protection le cas échéant	X	X
Dernier avis d'imposition ou de non imposition	X	X
Attestation de paiement de la CAF	X	X
Attestation de paiement des caisses de retraite		X
Copie des trois derniers relevés de comptes		X
Notification de la CDAPH mentionnant le taux d'invalidité	X	
Si le taux d'invalidité est inférieur à 80%, certificat médical émanant du médecin traitant	X	

La demande ne pourra être instruite qu'à compter de la réception du dossier complet.

Je soussigné(e), agissant en mon nom propre / en ma qualité de représentant légal de *(barrer la mention inutile)*, certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus.

Signature :

Fait à le

Le présent dossier, une fois complet, est à adresser au Conseil départemental de la Somme à l'adresse suivante :

Conseil départemental de la Somme
Direction de l'autonomie des personnes âgées et des
personnes handicapées
43, rue de la République
CS 32615
80026 Amiens cedex 1

PROTECTION DE VOS DONNÉES PERSONNELLES

Les informations vous concernant sont recueillies dans le cadre du traitement informatique de votre dossier d'aide sociale à domicile accordée sous forme de services ménagers en application des articles L.113-2 et L.231-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF).

Ce traitement informatique est soumis au respect des dispositions de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée dite « Loi Informatique et Libertés » et du règlement général sur la protection des données (RGPD).

Le responsable du traitement de vos données à caractère personnel est le Département de la Somme, 53 rue de la République à Amiens.

Ce traitement informatique de vos données à caractère personnel a pour finalités exclusives l'attribution, la gestion et le contrôle de votre dossier d'aide sociale.

Seuls les agents du Département de la Somme intervenants dans le cadre du traitement de votre dossier, et les destinataires habilités, ont accès aux informations vous concernant.

Les données enregistrées sont conservées au maximum cinq ans à compter de la dernière aide accordée ou en cas de contentieux, de l'intervention de la décision définitive. Au delà, les données sont détruites ou archivées en conformité avec les dispositions du code du patrimoine.

En application de la loi Informatique et Libertés et du RGPD, vous disposez de droits d'accès, de rectification, de limitation et d'effacement. Afin d'exercer ces droits, vous pouvez vous adresser au DPO, dpo@somme.fr ou sous pli postal adressé au :

DPO
DSIN
43 rue de la République
BP 32615
80026 Amiens cedex

Vous avez également le droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL, 3 place Fontenoy, TSA 80715, 75334 Paris cedex ou, www.cnil.fr.

ÉVALUATION DES BESOINS EN AIDE MÉNAGÈRE

Nom du service	:	.....
Numéro	:	.....	Ville <input type="checkbox"/>
Nom de l'enquêteur	:	.....	Campagne <input type="checkbox"/>

Nom de famille	:	.....	Nom de jeune fille :
Prénom	:	.....	Date de naissance :
Numéro prestation vieillesse du demandeur :			

ENTOURER LA REPONSE VALABLE	OUI	AVEC DIFFICULTÉ	NON
<u>A - LE DEMANDEUR PEUT-IL :</u>			
• se lever seul de son lit ou d'un fauteuil	0	15	30
• faire sa toilette et s'habiller seul	0	15	30
• marcher seul chez lui	0	15	30
• sortir seul de son logement dans l'extérieur immédiat	0	15	30
• sortir seul dans le quartier ou le village	0	15	30

<u>B1 - LE DEMANDEUR PEUT-IL :</u>			
(Entourer 0 si ces tâches sont effectuées habituellement par une personne valide vivant au foyer)			
• faire ses courses seul	0	15	30
• préparer ses repas ⁽¹⁾	0	15	30
• faire son ménage hors gros travaux	0	15	30
• entretenir son linge	0	15	30

B2 - Majoration pour conjoint ou autre personne à charge handicapé sans auxiliaire de vie 30

B3 - Majoration pour conjoint ou autre personne à charge handicapé sans auxiliaire de vie 40

TOTAL : A + B1 + B2 + B3 =

(1) Tenir compte de ce que la personne ne sait pas, ne peut pas, ou ne veut pas préparer ses repas

C - ISOLEMENT

• **Famille**

à domicile à proximité éloignée ou inexistante ou indifférente

• **Voisinage**

disponible peu disponible indifférent

D - LOGEMENT

• **Situation**

rez-de-chaussée ou ascenseur 1er étage ou sous-sol étage

• **Commerces**

à proximité éloignés très éloignés

E - LOGEMENT

• **Eau courante**

à domicile à l'extérieur

• **W.C.**

à l'intérieur à l'extérieur

• Difficultés d'approvisionnement et d'entretien du chauffage

TOTAL : C + D + E =

TOTAL GÉNÉRAL : A + B + C + D + E =

BÉNÉFICIE-T-IL DANS LE SECTEUR DES SERVICES SUIVANTS :

- | | | |
|---------------------|-----|-----|
| • Soins à domicile | OUI | NON |
| • Portage des repas | OUI | NON |
| • Lavage du linge | OUI | NON |

Cachet, Date et Signature :