

DEMANDE D'AIDE MENAGERE
QUESTIONNAIRE
A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

NOM DU DEMANDEUR : _____

PRENOM : _____

MEDECIN TRAITANT : _____

AUTONOMIE DE LA PERSONNE

	Fait seul	Fait avec de l'aide	Ne fait pas		Fait seul	Fait avec de l'aide	Ne fait pas
Marcher				Préparer ses repas			
Faire ses transferts				Entretenir son linge			
Descendre ou monter les escaliers				Faire son ménage			
S'habiller				Faire ses courses			
Faire sa toilette				Soulever des poids			
Manger				Conduire un véhicule		X	

Est-ce une incapacité temporaire ? OUI NON

Est-ce une situation stabilisée ? OUI NON

Nombre d'heures préconisé ? _____ Heures /semaine

A Le

Signature et cachet du médecin traitant

DEMANDE D'AIDE MENAGERE

1^{ère} Demande

Renouvellement

Personne handicapée

Personne âgée

NOM MARITAL : _____

NOM DE NAISSANCE : _____

PRENOM : _____

NE(E) LE : ____ / ____ / ____ A _____

COMMUNE DE RESIDENCE : _____

PARTIE RESERVEE AU CONSEIL DEPARTEMENTAL

NUMERO CLASSOTHEQUE :

DATE DE RECEPTION DU DOSSIER :

DEMANDEUR

Adresse précise (bât./esc/étage) : _____

Code Postal : _____ Commune : _____

Type de logement : F1 F2 F3 F4 F5
 Autre _____

Régime de sécurité sociale : _____

Numéro allocataire CAF : _____

Faites-vous l'objet d'une mesure de protection juridique ? Oui Non En cours

Situation familiale : Célibataire Marié(e) Veuf (ve) séparé(e)
 Divorcé(e) Pacsé(e) Union libre

Le demandeur vit-il seul à domicile ? Oui Non

CONJOINT ou CONCUBIN ou PACSE

Nom marital : _____

Prénom(s) : _____

Nom de naissance : _____

Date de naissance : _____

Situation professionnelle : en activité retraite invalidité

AUTRES PERSONNES VIVANT AU FOYER A REMPLIR OBLIGATOIREMENT

Nom - Prénom	Date de naissance	Lien - Parenté	Situation professionnelle	Observations

ENFANT(S) NE VIVANT PAS AU FOYER A REMPLIR OBLIGATOIREMENT

Nom - Prénom	Date de naissance	Situation familiale	Situation professionnelle	Adresse de résidence

RESSOURCES DU BENEFICIAIRE A REMPLIR OBLIGATOIREMENT

Nature	Organismes	Montant net MENSUEL perçu
AAH		
Salaire net		
Retraites		
Pensions invalidités		
Rentes invalidités		
Autres (<i>préciser</i>)		

RESSOURCES du CONJOINT ou CONCUBIN ou PACSE vivant au foyer A REMPLIR OBLIGATOIREMENT

Nature	Organismes	Montant net MENSUEL perçu
AAH		
Salaire net		
Retraites		
Pensions invalidités		
Rentes invalidités		
Autres (<i>préciser</i>)		

DEMANDE AIDE MENAGERE

ENGAGEMENT SUR LES OBLIGATION LIEES A L'AIDE SOCIALE

Je soussigné(e) : _____

Né(e) le : _____ **à** _____

Sollicite le bénéfice de l'aide sociale et suis informé(e) que quiconque aura frauduleusement bénéficié ou tenté de bénéficier de l'aide sociale, sera puni des peines prévues aux articles 313-1, 313-7 et 313-8 du code pénal.

Déclare avoir pris connaissance des dispositions ci-dessus indiquées et reconnais être informé(e) que le Conseil départemental est autorisé à solliciter les administrations compétentes pour tout renseignement sur mes ressources et mon patrimoine.

Certifie sur l'honneur l'exactitude de tous les renseignements et documents transmis dans le cadre de ma présente demande d'aide sociale.

A _____ **le** _____

LE DEMANDEUR

LE MANDATAIRE JUDICIAIRE

RAPPEL RELATIF A LA SIGNATURE DU DEMANDEUR

Conformément à l'article 1316-4 du Code Civil : « La signature nécessaire à la perfection d'un acte juridique identifie celui qui l'appose. Elle manifeste le consentement des parties aux obligations qui découle de cet acte. (...) »

La présente demande d'aide ménagère doit être signée par :

- La personne qui a besoin de l'aide sociale, avec son curateur le cas échéant,
- Le tuteur si le demandeur est placé sous ce mode de protection judiciaire.

DEMANDE D'AIDE MENAGERE

PIECES OBLIGATOIRES A FOURNIR

- Justificatif de domicile de moins de 3 mois (*EDF, eau, téléphone, quittance de loyer*)
- Photocopie de la carte nationale d'identité ou du titre de séjour **en cours de validité**
- Photocopie de la mesure de protection juridique (*jugement ou justificatif de dépôt de demande*)
- Attestation de droits de protection sociale du demandeur (*Sécurité sociale, MSA, autres régimes*)
- Photocopie de la notification d'attribution par la CDAPH de l'Allocation Adulte Handicapé ou carte d'invalidité **en cours de validité**
- Photocopie de la notification d'attribution d'une pension d'invalidité 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie **en cours de validité**
- Photocopie du dernier avis d'imposition du demandeur ou du foyer fiscal auquel il est rattaché (*avis complet recto-verso*)
- justificatifs des ressources ou des demandes en cours du demandeur ou du foyer fiscal auquel il est rattaché (*revenus d'activité, pensions, rentes, ASPA, RSA, AAH, MTP, PC RTP, ACTP, PCH, APA, autres ressources*)
- Photocopie des relevés de tous les comptes bancaires du demandeur, de son conjoint, concubin ou de la personne avec qui il a contracté un Pacte Civil de *Solidarité* (*comptes courants, livrets d'épargne et tous autres capitaux placés y compris assurance vie*) faisant apparaître les mouvements **effectués lors des 3 derniers mois avant la date de la demande**
- Photocopie des livrets d'épargne et autres placements faisant apparaître le montant du capital et les intérêts acquis au 1^{er} janvier de l'année en cours
- Photocopie des taxes foncières des biens immobiliers (*avis complet recto-verso*)