

Date du 1^{er} contact : Initiale de l'agent qui a reçu ce 1^{er} appel :

Cette demande concerne : le pôle « Accompagnement » le pôle « Soins » les 2 pôles

 pour toute demande concernant le pôle « Soins » ⇒ vérification de l'adresse impérative.

Quartier :

Situation de la personne à accompagner lors de cette demande : domicile structure extérieure

Si structure extérieure (ex : hôpital, hébergement temporaire EHPAD...), préciser laquelle :
et sortie prévue le

↓ Coordonnées de la personne à accompagner :

NOM/Prénom :

NOM de jeune fille :

Date de naissance :

 :

E.mail :

Adresse (où se dérouleront les interventions) :
.....
.....

Type d'habitat :

- Maison
- Appartement/étage :/n°appt :
- Résidence autonomie ou privée (ex : Domitys...)

Situation familiale :

- Célibataire En couple Marié(e)/Pacsé(e)
- Divorcé(e)/Séparé(e) Veuf(ve)

Curateur(trice)/Tuteur(trice) : oui non

Si oui, préciser → NOM/Prénom/Organisme :
.....
.....

 :

E.mail :

Conditions de vie :

Vit seul(e) à domicile : oui / non

Si non, préciser :

⇒ Si pôle « Soins », noter numéro de Sécurité Sociale et caisse de rattachement (ex : CPAM/mutuelle...) (n° de sécu à 15 chiffres) :

Séc. Soc. :

Caisse de rattachement :

- CPAM
- Autre (ex : MGEN, SNCF...) à préciser :

↓ Identité du demandeur :

Personne à accompagner elle-même :

oui non

Si non, à renseigner ↓

NOM/Prénom :

 :

E.mail :

Lien avec la personne à accompagner :

↓ Personne à recontacter pour la mise en place des interventions :

- Personne accompagnée elle-même : oui non
- Personne qui a fait la demande : oui non (cf. case demandeur du dessus)
- Autre : à renseigner ci-dessous ↓

NOM/Prénom :

 :

E.mail :

Lien avec la personne à accompagner :

↓ Professionnels :

Médecin traitant :

 :

IDE/Soins infirmiers :

 :

CHGR/CMP :

 :

Autres services présents :

.....

 :

⇒ Si demande concerne le pôle « Accompagnement », noter ci-dessous, les modalités de financement :

- : Caisse de retraite principale (le plus de trimestres) :
- : Carte d'invalidité valide et/ou en cours (- de 60 ans) :



↓ accordé / ↓ en cours / ↓ à constituer

- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> : Aide sociale → | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> : APA/APA urgence → | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> : PCH* → | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> : Caisse de retraite** → | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> : Mutuelle → | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> : ARDH*** → | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> : pas de prise en charge/revenus mensuels :..... | | | € |

Petit lexique :
 * prestation compensation handicap
 ** caisse de retraite principale
 *** aide retour à domicile après hospitalisation

La demande :

Début des services souhaités : Nombre d'heures par semaine :

Besoins :

Pour le pôle « Accompagnement »

- Aide à la toilette Aide aux repas Entretien du logement Activités sociales Aide aux aidants Courses
 Entretien du linge Aide à la gestion administrative Autre, préciser.....

Pour le pôle « Soins »

- Toilette/hygiène Aide au lever/coucher Habillage/déshabillage Soins/pansements
 Autre, préciser.....

Fréquence des interventions demandées* :

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Matin							
Midi							
A-midi							
Soir							

* Ex : 3 fois par semaine / 5 jours sur 7.....

Commentaires sur la demande initiale de la personne à accompagner :

Dossier enregistré dans MAD le

Date de visite prévue à domicile : Démarrage des interventions :

Demande mise en attente : « plannings saturés » / à la demande de la personne
 autre / A préciser :