

## SERVICES MENAGERS

1<sup>re</sup> demande  Révision  Renouvellement

personne de moins de 60 ans

personne de plus de 60 ans

### DEMANDEUR-EUSE-

Madame  Monsieur

Nom d'usage : ..... Prénom : .....

Nom de naissance : ..... Date de naissance : .....

Adresse.....

.....

Nombre d'heures sollicitées : .....

### LISTE DES PIECES A JOINDRE

#### Pour les personnes âgées

- Dossier d'aide sociale complété et signé
- Copie intégrale du livret de famille
- Copie pièce d'identité ou carte de résident ou titre de séjour (en cours de validité)
- Copie du jugement de mesure de protection (sauvegarde de justice, curatelle, tutelle)
- Copie des justificatifs de ressources du foyer des 3 derniers mois (salaires, pensions, rentes, AAH...)
- Copie des 3 derniers relevés de compte bancaire
- Copie intégrale du dernier avis d'imposition
- Copie des contrats d'assurance vie
- Copie des actes de donation
- Copie des taxes foncières
- Grille d'évaluation complétée par le service prestataire

#### Pour les personnes en situation de handicap

- Dossier d'aide sociale complété et signé
- Copie intégrale du livret de famille
- Copie pièce d'identité ou carte de résident ou titre de séjour (en cours de validité)
- Copie du jugement de mesure de protection (sauvegarde de justice, curatelle, tutelle)
- Copie des justificatifs de ressources du foyer des 3 derniers mois (salaires, pensions, rentes, AAH, majoration de vie autonome, complément de ressources ...)
- Copie des 3 derniers relevés de compte bancaire
- Copie intégrale du dernier avis d'imposition
- Copie des contrats d'assurance vie et des contrats épargne handicap
- Copie des actes de donation
- Copie des taxes foncières
- Copie de la notification du taux d'invalidité décidé par la CDAPH
- Grille d'évaluation complétée par le service prestataire

A, .....

Signature du demandeur (ou de son représentant légal)

Le, ...../...../.....

## SERVICES MENAGERS

### GRILLE D'ÉVALUATION DES BESOINS

---

première demande

révision

renouvellement

Document à remplir **obligatoirement** par le service prestataire avec la personne concernée.  
**Ce questionnaire est confidentiel et soumis au secret professionnel.**

Nom du service prestataire : .....

Nom de la personne demandeuse : .....

Prénom(s) : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....  
.....

Téléphone (obligatoire) : .....

Adresse mail : ..... @ .....

Situation familiale :  Marié-e  Célibataire  Pacsé-e  vivant maritalement  
 Divorcé-e/Séparé-e, depuis le.....  
 Veuf-ve, depuis le .....

Nom, adresse et téléphone d'une personne contact : .....  
.....

Numéro de sécurité sociale : .....

Numéro CAF ou MSA : .....

**Personnes vivant au domicile de la personne demandeuse**

Nom - Prénom	Date de naissance	Lien de parenté	Statut (activité professionnelle, scolaire/étudiant ...)	Bénéficiaire d'une prestation (APA, PCH, ACTP, MTP, inaptitude au travail ...)

*Précision* : pour bénéficier de la prestation « services ménagers » il est nécessaire qu'aucune personne vivant au domicile ne soit apte à fournir une aide aux tâches ménagères.

Présence d'un aidant :  oui  non

si oui lequel (conjoint, famille, voisins, amis ...) : .....

Le conjoint bénéficie-t-il d'un service d'aide-ménagère ?  oui  non

Si oui, nombre d'heures mensuelles

Le conjoint bénéficie-t-il d'un financement pour ces heures :  oui  non

Si oui lequel (caisse de retraite ...) : .....

La personne demandeuse a-t-elle une reconnaissance d'un taux d'incapacité ?  oui  non

Si oui combien ?  80 %  entre 50 % et 79 % avec une restriction substantielle et durable d'accès à l'emploi

La personne demandeuse bénéficie-t-elle d'une pension d'invalidité de catégorie 2 (versée par la CPAM) ?

oui  non

La personne demandeuse perçoit-t-elle l'Allocation Adultes Handicapés (AAH) (versée par la CAF ou MSA) ?

oui  non

La personne demandeuse perçoit-t-elle une majoration pour tierce personne (versée par la CPAM ou caisse de retraite) ?  oui  non

**Cadre de vie**

Famille : à proximité  éloignée  sans contact avec la famille

Voisinage : disponible  peu disponible  sans contact avec le voisinage

Commerces : à proximité  éloignés ou difficiles d'accès  très éloignés ou très difficiles d'accès

## Logement

Habitat : centre bourg ou ville  rural  habitat inclusif (partagé)

Maison : plain-pied  escaliers

nombre de pièces ..... superficie totale du logement .....

Appartement : rez-de-chaussée  étage sans ascenseur  étage avec ascenseur

nombre de pièces ..... superficie totale du logement .....

\* Seule les pièces de vie peuvent faire l'objet de services ménagers. La superficie des pièces de vie doit être prise en compte.

## **La personne demandeuse peut-elle :**

1. Faire les courses seule : oui  avec de l'aide  non

Nombre d'heures mensuelles préconisées pour les courses \* : .....

2. Préparer les repas : oui  avec de l'aide  non

Nombre d'heures mensuelles préconisées pour la préparation des repas \* : .....

3. Faire le ménage et entretenir le linge : oui  avec de l'aide  non

Nombre d'heures mensuelles préconisées pour le ménage et le linge \* : .....

\* A déterminer en prenant en compte également les réponses « cadre de vie » et « logement »

## Services et Prestations

### **La personne demandeuse bénéficie-t-elle :**

1. d'un service de soins à domicile :  oui  non

2. d'un accompagnement par un service médico-social :  oui  non

3. d'un service de portage des repas :  oui  non

## Observations et avis motivé du service prestataire

Nombre d'heures mensuelles préconisées par le service prestataire : .....

A compter du : .....

Date et signature de la personne demandeuse

Date, signature et cachet du service prestataire