



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"/> divorcé(e)	<input type="checkbox"/> marié(e)s <input type="checkbox"/> veuf(ve) <input type="checkbox"/> pacsé(e)s <input type="checkbox"/> concubins
Situation professionnelle		
N° de sécurité sociale	<input type="text"/>	<input type="text"/>

N° de téléphone fixe

Portable

### DOMICILE

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

D'autres personnes vivent-elles dans votre foyer ?

Oui

Non

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

## MESURE DE PROTECTION

**Bénéficiez-vous d'une mesure de protection?**

- habilitation familiale  
 sauvegarde de justice  
 curatelle  
 tutelle  
 aucune

**Si oui :**

- particulier  
 organisme : .....

**Nom du tuteur :** .....

**Prénom du tuteur :** .....

**Adresse postale :** .....

**N° de téléphone :**

**Courriel :** .....@.....

**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
<b>Pensions, retraites, rentes, salaires</b> <i>(Préciser l'organisme)</i>		
<b>Allocation adulte handicapé</b>		
<b>Revenus du capital</b> <i>(Préciser l'organisme)</i>		
<b>Revenus fonciers</b>		
<b>Autres ressources</b> <i>(À préciser)</i>		

Montants à reporter en euros

<p><b>Vous êtes propriétaire :</b></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><b>Avant la présente demande, vous avez consenti à :</b></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>.....</p>
<p><b>Avez-vous souscrit à une assurance vie?</b></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

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

**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 .....

## 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 .....

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