



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
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>(À 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>.....</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

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