

# Action sanitaire et sociale

## Demande d'intervention d'aide ménagère

### ● Prestataire :

Nom : \_\_\_\_\_

Date | | | | | |

*Signature,*

Tampon d'identification

Durée de l'intervention :  
de l'aide ménagère

Du | | | | | |

au | | | | | |

### ● Identification de l'Assuré :

Nom : \_\_\_\_\_

Invalide

Prénom : \_\_\_\_\_

AAH

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Code postal | | | | | | \_\_\_\_\_

N° Sécurité Sociale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

N° Tél : .....

### ● Intervention

première demande

premier renouvellement     deuxième renouvellement     troisième renouvellement

### Cadre réservé à la CPAM

Durée de l'intervention : Du | | | | | | au | | | | | |

Nombre d'heures proposées :

Participation horaire de l'assuré :

Participation horaire de la Caisse :

Affaire suivie par : \_\_\_\_\_

**Téléphone : 05 61 14 75 31**

**Fax : 05 61 14 92 88**

### Avertissement :

En aucun cas, les soins dont la pratique exige la possession d'un diplôme ne peuvent-être assurés par les aides ménagères. Les aides ménagères sont habilitées à : faire le ménage, préparer les repas, faire les courses, apporter des soins élémentaires d'hygiène et de propreté.

# Renseignements

merci de compléter toutes les rubriques

● **Conjoint(e) :**

Nom - Prénom : \_\_\_\_\_ né(e) le :

Profession : \_\_\_\_\_

● **Autres personnes vivant au foyer :**

Nom et Prénom	Date et lieu de naissance	Parenté	Situation familiale et professionnelle
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		

● **Pièces justificatives à fournir :**

- ➔ Certificat médical circonstancié précisant le nombre d'heures et la durée souhaitée + bulletin de sortie si hospitalisation.
- ➔ Attestation de droits si vous êtes affilié (e) à l'un des organismes suivants : MGEN, MGP, MFP, LMDE, VITTAVI, MNT31.
- ➔ Bulletins de salaire des 3 derniers mois, ou attestation Pôle EMPLOI.
- ➔ Justificatifs des ressources (*rentes, pensions, prestations familiales*).
- ➔ Avis d'imposition ou de non imposition sur le revenu.
- ➔ Attestation précisant la participation de la mutuelle.

● **Ressources mensuelles de la famille :**

Salaire (*net imposable*).....

Forfait artisan ou agricole ou revenus commerciaux.....

Pension alimentaire.....

Prestations familiales (*AL ou APL exclue*).....

A.A.H. ....

Pôle EMPLOI.....

Indemnités Journalières .....

Pensions - Rentes .....

R.S.A. ....

**Total :** .....

Assuré	Conjoint	Autres ressources de la famille

**Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur le présent document.**

Date

Signature du demandeur,

# Action sanitaire et sociale

## Grille d'attribution des aides ménagères

● Numéro Sécurité Sociale de l'Assuré(e) :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

MALADIE CHRONIQUE :

- A.A.H.  
 INV.

A.L.D. :

- Oui  
 Non

SORTIE D'HOSPITALISATION :

- Oui  
 Non

NATURE DU HANDICAP :

- Physique  
 Psychologique

**A compléter par le médecin prescripteur**

**Date + signature + tampon d'identification.**

**Merci.**

● A compléter par le médecin :

- Fait seul(e) correctement :  A  
 Fait partiellement :  B  
 Ne fait pas :  C

AUTONOMIE :

- |  |                          |   |                          |   |                          |   |
|--|--------------------------|---|--------------------------|---|--------------------------|---|
| Assume son hygiène.....                                      | <input type="checkbox"/> | A | <input type="checkbox"/> | B | <input type="checkbox"/> | C |
| S'habille, se déshabille.....                                | <input type="checkbox"/> | A | <input type="checkbox"/> | B | <input type="checkbox"/> | C |
| Prépare les repas.....                                       | <input type="checkbox"/> | A | <input type="checkbox"/> | B | <input type="checkbox"/> | C |
| Se sert et mange seul(e) les aliments préparés.....          | <input type="checkbox"/> | A | <input type="checkbox"/> | B | <input type="checkbox"/> | C |
| Effectue les travaux ménagers.....                           | <input type="checkbox"/> | A | <input type="checkbox"/> | B | <input type="checkbox"/> | C |
| Se déplace dans le logement.....                             | <input type="checkbox"/> | A | <input type="checkbox"/> | B | <input type="checkbox"/> | C |
| Se déplace à l'extérieur, est autonome pour les courses..... | <input type="checkbox"/> | A | <input type="checkbox"/> | B | <input type="checkbox"/> | C |
| Se déplace à l'extérieur avec un accompagnement.....         | <input type="checkbox"/> | A | <input type="checkbox"/> | B | <input type="checkbox"/> | C |

*La durée et la fréquence des interventions sont déterminées en fonction de la situation familiale et de l'état de santé du bénéficiaire.*

### **Contact ASS**

**Tél : 05 61 14 75 31**

**Fax : 05 61 14 92 88**

**Caisse Primaire d'Assurance Maladie de la Haute-Garonne**

31093 Toulouse cedex 9

Tél : 36 46\* - Fax : 05 61 62 05 66 - [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr)

\*Prix d'un appel local depuis un poste fixe