

DEMANDE DE SERVICES MÉNAGERS ET/OU DE PORTAGES DE REPAS AU TITRE DE L'AIDE SOCIALE PERSONNES AGÉES

PERSONNE POUR LAQUELLE L'AIDE EST DEMANDÉE

Civilité : Monsieur Madame

NOM de naissance : _____ NOM marital : _____

Prénom : _____ Nationalité _____

Date et lieu de naissance : _____

Situation familiale :

Célibataire Marié(e) Pacsé(e) Vie maritale Divorcé(e) Veuf (ve) Séparé(e)

Protection juridique :

Faites-vous l'objet d'une mesure de protection ? OUI NON

Sauvegarde Curatelle Tutelle

Si oui, préciser les noms et coordonnées de la personne désignée : _____

L'intéressé(e) réside-t-il depuis plus de 3 mois dans le Département de la Marne ? OUI NON

Adresse actuelle :

N° Voie, rue, boulevard _____

Code postal _____ Commune/Ville _____

Précisez s'il s'agit :

du domicile

de l'établissement d'hébergement (joindre le bulletin d'entrée)

de l'accueil chez un particulier à domicile à titre onéreux

Autres (ex : chez un enfant, un parent...) _____

Adresse précédente :

Date d'arrivée : _____ Date de départ : _____

Adresse : _____

Numéro allocataire CAF ou MSA (à remplir IMPÉRATIVEMENT) :

CAF _____

MSA _____

AVANTAGE SOLLICITE

Services ménagers

Portages de repas

1^{ère} demande

Renouvellement

Date de début de prise en charge par l'aide sociale souhaitée : _____

RESSOURCES DU FOYER		
<i>Nature des ressources + organisme</i>	<i>Montant mensuel perçu par vous-même</i>	<i>Montant mensuel perçu par votre conjoint</i>

BIENS MOBILIERS*		
<i>Nature</i>	<i>N° de compte et Etablissement</i>	<i>Montant (à la date de la demande d'aide sociale)</i>
Livrets et comptes <small>(Livret A, LEP, PEP, PEL, PEA, LDD...)</small>		
Actions, Obligations		
Assurance(s) Vie		
Autres placements		

BIENS IMMOBILIERS*		
<i>Désignation (immeubles, terrains ...)</i>	<i>Adresse</i>	<i>Montant des loyers ou fermages perçus (si les biens sont en location)</i>

BIENS AYANT FAIT L'OBJET D'UNE DONATION, PARTAGE ou LEGS * (dans les 10 ans précédant la demande d'aide sociale)	
<i>Nature et adresse du bien</i>	<i>Nom et adresse des bénéficiaires</i>

* ou attestation sur l'honneur que vous ne possédez aucun bien mobilier, aucun bien immobilier, et/ou que vous n'avez effectué aucune donation, partage, legs dans les 10 ans précédant la demande d'aide sociale

Je soussigné(e) (Nom, Prénom) _____

N° téléphone _____ Adresse email _____

Demeurant _____

Certifie sur l'honneur que les informations mentionnées ci-dessus sont exactes lors du dépôt de ma demande ce jour.

Fait à _____ le _____

Signature du demandeur (ou autre à préciser)

COORDONNÉES DE LA PERSONNE A CONTACTER
(pour tout renseignement complémentaire nécessaire à l'instruction de cette demande)

NOM - Prénom : _____
Qualité ou parenté : _____
Adresse : _____
N° téléphone fixe : _____ N° téléphone portable : _____
Adresse email : _____

CADRE RESERVÉ AU CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE

Avis motivé :

Fait à _____

Signature et cachet

Le _____

CADRE RESERVÉ AU SERVICE

Décision :

Notifié le :

L'ensemble du dossier, accompagné **OBLIGATOIREMENT** des pièces justificatives ci-après mentionnées, est à déposer auprès de la Mairie ou du Centre Communal d'Action Sociale de votre lieu de résidence

Pour tout renseignement :
Département de la Marne
Direction de la Solidarité Départementale
Service Solidarité, Grand-Âge et Handicap
2 bis, rue de Jessaint - CS 30454
51038 CHÂLONS-EN-CHAMPAGNE Cedex

 **03 26 69 56 56**

LISTE DES PIÈCES A PRODUIRE PAR LE DEMANDEUR
(Personne pour laquelle l'aide est demandée)

- Demande d'Aide Sociale à compléter avec avis motivé du C.C.A.S.
- Coordonnées de l'association prestataire
- Certificat médical précisant le nombre d'heures nécessaires pour l'aide-ménagère et/ou le nombre de portages de repas
- Grille AGGIR à faire compléter par le médecin traitant
- Photocopie lisible et complète du livret de famille régulièrement tenu à jour
- Pour les personnes célibataires sans enfant, photocopie lisible de la carte d'identité, extrait d'acte de naissance, ou passeport en cours de validité
- Photocopie du Jugement de Tutelle
- Attestation de paiement par la CAF ou la MSA récente (ALS ou APL et AAH)
- Notifications récentes de vos pensions et retraites (principales et complémentaires)
- Justificatifs des virements du dernier trimestre de toutes vos pensions et retraites (relevés de banque des trois derniers mois)
- Photocopie des livrets d'épargne faisant apparaître les intérêts acquis au 1^{er} janvier dernier, des titres, actions,... et tout autre placement bancaire (ou attestation sur l'honneur que vous n'en possédez pas).
- Taxe foncière ou matrice cadastrale des biens immobiliers (ou attestation sur l'honneur que vous n'en possédez pas)
- Si vous avez fait une donation, donation-partage ou un legs postérieurement à la demande d'aide sociale ou dans les 10 ans qui l'ont précédée : joindre copie de l'acte établi par le notaire (dans le cas contraire, établir une attestation sur l'honneur précisant que vous n'avez effectué aucune donation-partage)
- Si vous avez souscrit un contrat d'assurance vie, fournir la copie du contrat faisant apparaître le (ou les) bénéficiaire(s), les coordonnées de l'organisme d'assurance, et le montant du capital placé (dans le cas contraire, établir une attestation sur l'honneur précisant que vous n'avez souscrit aucun contrat d'assurance vie)
- Dernier avis d'imposition ou de non-imposition sur le revenu (recto-verso)
- Adresses successives des six derniers mois (date d'arrivée et date de départ) et adresse antérieure si vous êtes hébergé(e) dans une résidence pour personnes âgées ou autre établissement non acquisitif de domicile de secours
- RIB (nécessaire dans le cas où votre situation relève de l'APA)

**DEMANDE D'AIDE MENAGERE
AU TITRE DE L'AIDE SOCIALE**

GRILLE AGGIR

DESTINEE AU MEDECIN CONTRÔLEUR D'AIDE SOCIALE

ETAT CIVIL DU DEMANDEUR

NOM :

Prénom :

NOM de Jeune Fille :

SEXE : Homme Femme

DATE DE NAISSANCE :

AGE :

ADRESSE PERSONNELLE :

TELEPHONE :

NOM de L'ASSOCIATION qui intervient ou interviendra :

**Grille AGGIR au dos
A compléter par votre médecin traitant**

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

GRILLE A . G . G . I . R

(AUTONOMIE, GERONTOLOGIE, GROUPE ISO RESSOURCES)

VARIABLES DISCRIMINANTES

Permettant de déterminer le Groupe Iso-Ressources de la personne âgée

A = Fait seul totalement, habituellement, correctement.

B = Fait partiellement.

C = Ne fait pas.

1 - COHERENCE

Converser et/ou se comporter de façon logique et sensée

A B C

2 - ORIENTATION

Se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux.

A B C

TOILETTE DU HAUT

Assurer son hygiène corporelle (incluant rasage et coiffage)

A B C

3 -

TOILETTE DU BAS

non compris les ongles des orteils

A B C

HABILLAGE DU HAUT

Passer des vêtements par la tête et/ou les bras

A B C

4 - HABILLAGE MOYEN

Boutonner, mettre une fermeture éclair, des pressions une ceinture ou des bretelles.

A B C

HABILLAGE DU BAS

Passer les vêtements par le bas du corps, y compris les chaussettes, bas et chaussures.

A B C

ALIMENTATION : SE SERVIR

Couper la viande, peler un fruit, remplir son verre ouvrir un pot de yaourt

A B C

5 -

ALIMENTATION : MANGER

Porter les aliments et les boissons à la bouche et les avaler

A B C

ELIMINATION URINAIRE

Assurer l'hygiène de l'élimination

A B C

6 -

ELIMINATION ANALE

Assurer l'hygiène de l'élimination

A B C

7 - TRANSFERTS

Se lever, se coucher, s'asseoir. Passer d'une des 3 positions à une autre, dans les 2 sens.

A B C

8 - DEPLACEMENTS A L'INTERIEUR

Avec ou sans canne, déambulateur fauteuil roulant.

A B C

9 - DEPLACEMENT A L'EXTERIEUR

A partir de la porte d'entrée, sans moyen de transport

A B C

10 - COMMUNICATION A DISTANCE Utiliser les moyens de communication :

Téléphone, alarme, sonnette, dans le but d'alerter.

A B C

DATE :

CACHET et SIGNATURE du MEDECIN TRAITANT