Direction de la solidarite

Centre CommunAL d’ACTION SOCIALE

**FICHE DE DEMANDE D’UNE**

**PRESTATION “D’AIDE A DOMICILE”**

**Date de la demande :**

**Date de réception du dossier :**

**BENEFICIAIRE :**

□ Monsieur :

Nom ……………………………………………………………………… Prénom  :………………………………………………………………………

Date de naissance :…………………………………………………...

Téléphone fixe :……………………………………………………. Téléphone mobile : ………………………………………………………

Mail ………………………………………………………………………….

□ Madame :

Nom ……………………………………………………………………… Prénom  :………………………………………………………………………

Date de naissance : ………………………………………………..

Téléphone fixe :……………………………………………………. Téléphone mobile : ………………………………………………………

Mail …………………………………………………………………………………………..

Adresse : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

□ 92190 MEUDON □ 92190 MEUDON-LA-FORET

Bâtiment : ………………………………….. Etage : …………………… Numéro de porte : ……………………………………

Code porte ou interphone :……………………………………………………………………………………………………………………………

Autres informations utiles au livreur : …………………………………………………………………………………………………………..

Code boite à clés : ………………………………..

Ou son représentant légal :

□ Madame : □ Monsieur :

Nom ……………………………………………………………………… Prénom  :………………………………………………………………………

Adresse : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Agissant en qualité de …………………………………………………………………………………………………………………………………..

**PERSONNES A CONTACTER :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Aidant 1** | **Aidant 2** |
| Nom/prénom |  |  |
| Adresse |  |  |
| Ville |  |  |
| Téléphone fixe |  |  |
| Téléphone portable |  |  |
| Mail |  |  |
| Dépositaire de clés | □ oui □ non | □ oui □ non |
|  |  |  |
|  | **Aidant 3** | **Aidant 4** |
| Nom/prénom |  |  |
| Adresse |  |  |
| Ville |  |  |
| Téléphone fixe |  |  |
| Téléphone portable |  |  |
| Mail |  |  |
| Dépositaire de clés | □ oui □ non | □ oui □ non |

**AUTRES PRESTATIONS :**

Avez-vous une prestation de :

□ téléassistance □ portage des repas

Avec : □ CCAS de Meudon □ autre prestataire : ………………………………………………

**INTERVENANTS EXTERIEURS :**

**Infirmier :**

Nom :…………………………………………………………………… Fréquence : ……………………………………………………………………

Coordonnées téléphoniques et mails : ………………………………………………………..

**Kinésithérapeute :**

Nom :…………………………………………………………………… Fréquence : ……………………………………………………………………

Coordonnées téléphoniques et mails : ………………………………………………………..

**Orthophoniste :**

Nom :…………………………………………………………………… Fréquence : ……………………………………………………………………

Coordonnées téléphoniques et mails : ………………………………………………………..

**Accueil de jour :**

Nom :…………………………………………………………………… Fréquence : ……………………………………………………………………

Coordonnées téléphoniques et mails : ………………………………………………………..

**Médecin traitant** :

Nom :……………………………………………………………………

Coordonnées téléphoniques et mails : ………………………………………………………..

**Mesures de protection judiciaire** :

□ Sauvegarde de justice □ Curatelle □ Tutelle

Nom : …………………………………………………………………………………………….

Coordonnées téléphoniques et mails : ………………………………………………………..

**HORAIRES D’INTERVENTIONS A DOMICILE :**

Notre équipe intervient au domicile des bénéficiaires du lundi au vendredi de 8h à 18h.

**MISSIONS DES AIDES A DOMICILE :**

Les aides à domicile peuvent réaliser les missions suivantes :

* Entretien du logement,
* Entretien du linge,
* Aide à la toilette,
* Courses sur Meudon ou Meudon-la-Forêt (sans déplacement véhiculé),
* Promenade,
* Stimulation.

**TARIFICATION ET FACTURATION :**

Le tarif actuelle (mai 2024) est de 23,50 euros/heure (révisable chaque année) – 50% déductible des impôts

Possibilités de participations :

* De la caisse retraite : Possibilités d’avoir une aide (technique et financière) de la caisse de retraite. Pour les personnes en faible perte d’autonomie soit en GIR 5/6 (grille AGGIR (Autonomie Gérontologique Groupe Iso-Ressources)
* Du département : Possibilité de participation financière pour les GIR 4 à GIR 1 (dossier APA) pour un plan d’aide plus élargi mais aussi un dossier d’aide-ménagère pour les personnes bénéficiaires de l’aide sociale.
* Des mutuelles : Selon sa mutuelle, le demandeur peut bénéficier de quelques heures d’aide à domicile à sa sortie d’hospitalisation (Attention cette demande est à faire directement à sa mutuelle AVANT sa sortie d’hospitalisation)

A savoir : Les possibilités de prise en charge peuvent parfois aller jusqu’à 100% et les bénéficiaires ont aussi la possibilité de régler par CESU et de bénéficier de 50 % de réduction ou d’un crédit d’impôt sur le revenu des sommes versées au titre des services à la personne

En milieu de mois, la facture vous sera adressée. Celle-ci est établie en fonction de votre tarification et du nombre d’heures effectuées sur le mois précédemment écoulé.

Le paiement doit s’effectuer auprès de la comptable du service maintien à domicile par :

* Chèque à l’ordre du trésor public,
* En espèce avec la somme exacte, dans les locaux du CCAS, service maintien à domicile aux jours et heures d’ouverture de la mairie,
* Par prélèvement automatique. Dans ce cas, il est nécessaire de nous adresser le mandat de prélèvement accompagné d’un Relevé d’Identité Bancaire.
* Par virement bancaire.