

FORMULAIRE D'ÉVALUATION

AIDE-MÉNAGÈRE À DOMICILE AU TITRE DE L'AIDE SOCIALE

Nom : **Prénom :**

Adresse :

N° de téléphone (mention obligatoire)

Mesure de protection : oui non

Renseignements relatifs au logement :

maison appartement

(nombre de pièces) neuf ancien situé en étage Rdc ascenseur (oui non)

Mode de chauffage : gaz électrique autre

Isolement :

famille à proximité (lien de parenté) éloignée

commerces à proximité éloignés

Renseignements relatifs à la ou aux personnes vivant au foyer (préciser le nombre :)

Peuvent-elles sans difficultés ?

	demandeur	autres(s)
Marcher seul	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Descendre ou monter un escalier	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Manger seul	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Préparer les repas	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Faire un lit	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Faire le ménage	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Faire les courses	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

Avis motivé sur la nécessité de l'intervention :

.....
.....
.....
.....

Nombre d'heures sollicitées par mois :

Service d'aide à domicile (mention obligatoire) :

Rapport établi par :

Nom : **Prénom :**

Qualité :

Merci d'utiliser uniquement cet imprimé