

## Aide à Domicile Seine et Loing

(Association agréée Loi du 1er juillet 1901)

Place du 11 novembre 1918 - 77250 Veneux-Les Sablons

Tél : 01.60.70.82.32

Email : adseineoing@orange.fr

N° SIRET 310 601 810 00016

### DOCUMENT INDIVIDUEL DE PRISE EN CHARGE

#### **ETAT CIVIL**

**Date :**

NOM : .....

NOM de naissance : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Code postal : .....

Commune : .....

Téléphone : .....

#### **Décisions judiciaires :**

Mesure de protection judiciaire :  OUI  NON

Si oui, préciser :  Sauvegarde de justice  Curatelle  Tutelle

#### **Décisions administratives :**

APA – date de notification :

Action Sociale Caisse de retraite - nom de la caisse :

Aide Social – date de notification :

Autres : .....

#### **Services déjà existants :**

Infirmières libérales

Kinésithérapeute

Garde à domicile

Portage de repas

Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD)

Autres (préciser) : .....

#### **Aides techniques :**

Téléalarme

Fauteuil roulant

Lève malade

Déambulateur

Lit médicalisé

Canne

Autres (préciser) :.....

## **Prestations délivrées par le service**

### **A - Objectif de la prise en charge :**

- |                                                                    |                                                        |
|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Eviter l'hospitalisation                  | <input type="checkbox"/> Retarder la perte d'autonomie |
| <input type="checkbox"/> Favoriser le retour à domicile            | <input type="checkbox"/> Rompre l'isolement social     |
| <input type="checkbox"/> Eviter le placement en maison de retraite |                                                        |
| <input type="checkbox"/> Autres,                                   |                                                        |

préciser :.....

.....  
.

### **B - Nature des interventions :**

- |                                                                                                           |                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Entretien du logement                                                            | <input type="checkbox"/> Courses                               |
| <input type="checkbox"/> Entretien du linge                                                               | <input type="checkbox"/> Aide aux déplacements intérieurs      |
| <input type="checkbox"/> Prise des repas                                                                  | <input type="checkbox"/> Aide à la toilette et à l'habillement |
| <input type="checkbox"/> Aide aux démarches administratives                                               | <input type="checkbox"/> Soutien moral et psychologique        |
| <input type="checkbox"/> Préparation des repas                                                            |                                                                |
| <input type="checkbox"/> Accompagnements dans vos petits déplacements (promenades, médecin, pharmacie...) |                                                                |
| <input type="checkbox"/> Autres, (préciser) :.....                                                        |                                                                |

*Les intervenants devront se conformer à ce projet d'intervention. Toute fois, il leur incombera de s'adapter quotidiennement à la situation rencontrée. Le service sera systématiquement prévenu si nécessaire.*

### **C - Planning des interventions**

Date de début d'intervention :

- nombre d'heures à effectuer par semaine :
- réparties :

-  
-  
-

Week-end et jours fériés :     OUI     NON

Ce planning d'intervention peut être modifié à tout moment du fait de l'utilisateur (aggravation, absences, hospitalisation...), du fait du service (vacances, maladie de l'intervenante, congés payés....

#### **D – Participation et facturation**

Le tarif indicatif est notifié sur la prise en charge ou le devis. Ce tarif s'applique sous réserve de l'exactitude des ressources financières déclarées lors de l'établissement du dossier à domicile.

En cas de refus de prise en charge financière par l'organisme financeur, le bénéficiaire pourra continuer les interventions au tarif plein (**23,02 €**), modifier l'intervention ou y renoncer par courrier, sans préavis ni pénalité financière.

***La participation financière est révisable en fonction de l'évolution du taux horaire fixé par les financeurs (caisses de retraite et autres...). Tout changement de tarif vous sera signalé par courrier directement à votre domicile.***

En cas de refus de votre part concernant ce nouveau tarif, vous devez le spécifier par simple lettre ce qui entraînera l'interruption des interventions par l'Association.

Les heures d'aide à domicile sont comptabilisées du 1<sup>er</sup> au dernier jour du mois. Les factures sont éditées et envoyées dans la deuxième quinzaine du mois suivant.

#### **E – Conditions particulières d'intervention**

- Aucune       Clés       Codes       Animaux familiers  
 Téléalarme       Portage des repas  
 Autres (préciser) :.....

Document réalisé après évaluation par Madame .....

Signature de l'utilisateur :  
*Lu et approuvé*

Signature de l'association  
*Nom du représentant*