

▼ L'inscription concerne

Nom *

Prénom *

Date de naissance *

Jour ▼

Mois ▼

Année ▼

Courriel *

Adresse *

Complément d'adresse

Ville *

Chanteloup-les-Vignes

Téléphone fixe *

Téléphone portable

Numéro de sécurité sociale *

Situation de famille

- Seul(e) au domicile
 En couple
 En famille

Enfants * Oui Non

Visite d'une aide à domicile ou d'un membre de son entourage

- Au moins 1 fois par jour
 Au moins 1 fois par semaine
 Autre fréquence

▼ Personnes à prévenir en cas d'urgence

Nom et prénom de la personne dépositaire des clefs du logement *

▼ 1re personne

Nom Prénom *

Indiquer la civilité, le nom et le prénom

Lien avec le bénéficiaire *

Sélectionner ▼

Adresse *

Indiquer le numéro, la voie, la ville

Téléphone fixe *

Téléphone portable *

▼ 2e personne

Nom Prénom

Indiquer la civilité, le nom et le prénom

Lien avec le bénéficiaire

Sélectionner ▼

Adresse

Indiquer le numéro, la voie, la ville

Téléphone fixe

Téléphone portable

▼ 3e personne

Nom Prénom

Indiquer la civilité, le nom et le prénom

Lien avec le bénéficiaire

Sélectionner ▼

Adresse

Indiquer le numéro, la voie, la ville

Téléphone fixe

Téléphone portable

▼ Médecin traitant

Nom et prénom du médecin traitant *

Adresse *

Téléphone *

▼ Dispositifs d'aide à la personne

La personne concernée bénéficie *

- d'un service d'aide à domicile
- d'un service de soins infirmiers à domicile
- du portage de repas à domicile
- de la télé-alarme

de l'APA (dispositif d'aide pour l'autonomie proposé par le Conseil départemental)

▼ **APA**

Pourquoi il n'y a pas d'APA ?

- Le dossier apa déposé a été refusé
 La demande d'APA n'a pas été faite

▼ **La mobilité**

Déplacement à l'intérieur du domicile *

- Marche sans aide
 Marche uniquement avec aide matérielle (cane, déambulateur)
 Marche avec aide humaine
 Se déplace en fauteuil roulant
 Ne se déplace plus

Déplacement à l'extérieur du domicile *

- Oui
 Oui, péniblement (très courts trajets)
 Non

Utilisation de la voiture *

- Oui
 Quotidiennement
 Quelques fois
 Rarement
 Non

▼ **Vie quotidienne**

Tâches *

- Fait ses courses
 Prépare ses repas
 Mange seul(e)
 S'habille seul(e)
 Se lève et se couche seul(e)
 Aide à la toilette
 Aide au ménage

Type de handicap * Moteur Sensoriel (visuel, auditif) Autre

▼ **Le demandeur**

Cette demande est remplie par *

- l'intéressé(e)
 Autre

CAPTCHA

Cette question sert à tester si vous êtes une vraie personne et non pas un robot (spam).

Soumettre