Cachet de l'association

ADMR la référence du service à la personne
ASSOCIATION LOCALE ADMR DE LA SALVETAT PEYRALES
6, rue du Faubourg
12440 La Salvetat Peyralès
Tél. : 05 65 65 88 29

FICHE CONTACT / ENREGISTREMENT

ADMR la référence du service à la personne

Service : AIDE A DOMICILE

COORDONNEES

NOM Prénom : «NOM_PRENOM_CLIENT»	Nom et qualité du représentant légal :
Adresse de réalisation de la prestation : «Adresse»	Adresse de facturation (si différente) :
CP : «CP» VILLE : «Ville»	CP : VILLE :
Tel : «N_tél»	Tel portable : «NPort»
Adresse électronique : «Mail»	
Personne à contacter (Nom et qualité) : *«Pers_à__Contact»*	*Tel :* *«Tél_Contact»*

CONTACT

Le (*date*) ..... Noté par .....

Contact par ☐ Téléphone ☐ Visite ☐ Courrier ☐ E-mail

De M(me) .....

Objet .....

Si demande émise par un organisme (NOM Prénom et organisme du référent) : .....

- ☐ Entretien du logement
- ☐ Entretien du linge
- ☐ Garde personnes fragilisées
- ☐ Garde d'enfants
- ☐ Préparation des repas
- ☐ Portage de repas
- ☐ Aide aux courses
- ☐ Activités éducatives / soutien à la parentalité **(attention pour ce type de demande, orientation vers un service compétent : contacter la Responsable du pôle dossier de la Fédération)**
- ☐ Accompagnement aux personnes âgées
- ☐ Accompagnement aux personnes handicapées
- ☐ Accompagnement des familles
- ☐ Multiservice : Petits travaux de Bricolage - Jardinage
- ☐ Aide à la mobilité ou à la promenade
- ☐ Soins infirmiers
- ☐ Autre demande : .....

SUITE

☐ Suite traitée par (NOM du référent ADMR) : .....

☐ Réorientation vers.....

☐ **Sans suite, motif :** .....

ENREGISTREMENT

Date de naissance : «Date_de_Naissance» N°Identification : «N_identification»

N° Allocataire :..... Quotient Familial (QF)..... Participation Famille : .....

Situation Professionnelle : ☐ Retraité ☐ Actif ☐ Autre, précisez : .....

Prise en charge : ☐ caisse de prise en charge : ..... ☐ APA
☐ Autre (Mutuelle, ARDH...) ☐ sans (Plein Tarif)

Allocation perçue : ☐ Pension d'Invalidité ☐ Prestation Compensation Handicap
☐ Majoration Tierce Personne (ou Alloc. Compensatrice Tierce Personne)

Autre(s) personne(s) vivant au foyer :

NOM Prénom	Lien de parenté

DEMANDE :

Mode d'intervention : ☐ Prestataire ☐ Mandataire

Nombre d'heures d'intervention souhaitées par mois : ..... 1ère intervention le : .....

Nombre de repas souhaités par semaine : ..... 1ère livraison le : .....

DATE CONVENUE POUR UN DIAGNOSTIC DES BESOINS (peut être immédiate) : le .....

☐ Par téléphone ☐ Au domicile ☐ A la maison des services

Rappeler la personne au : .....Le (jour) : ..... A (heure) : .....