

SITUATION FAMILIALE ET SOCIALE

IMPRIMÉ À JOINDRE À TOUTE DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE

ATTENTION : Signature en fin de document obligatoire

État civil du demandeur

Nom :

Prénoms :

Téléphone :

Environnement social

- Occupez-vous : un logement personnel ?
 un logement chez un tiers ? Nom de cette personne :
- Identité des personnes vivant au même domicile :

Lien de parenté éventuel : ...

Sont-elles en activité *(si oui précisez)* :

- Identité des voisins immédiats *(susceptibles de vous apporter une aide)* :

- Nom : Tél :

- Nom de l'aidant principal :

- Qualité (Conjoint, enfant, voisin...) :

- Tél : Adresse courriel :

- Si vous êtes hospitalisé(e) Nom de l'établissement : ..

Date d'entrée : Date de sortie prévisible :

Environnement familial

Identité de vos enfants	Adresse (n°. voie. CP. commune)	Téléphone	Adresse courriel

Aides existantes

Bénéficiez-vous : de l'aide d'un membre de la famille ?

Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone : Lien de parenté :

Évaluer son intervention : heure(s)/jour : jour(s)/semaine

de l'aide d'un tiers extérieur à la famille ?

Nom et adresse de cette/ces personnes :

.....

.....

Évaluer son/leurs intervention(s) : heure(s)/jour : jour(s)/semaine

Vous êtes vous-même son/leur employeur et vous la/les déclarez à l'URSSAF

Depuis quelle date ?

de l'aide du personnel d'une association ou d'un service ?

Nom de cet organisme

Adresse :

.....

N° de téléphone :

du suivi d'un(e) assistant(e) social(e) ?

Nom de cet(te) A.S. : Tél. :

Par quel organisme est-il(elle) employé(e) :

EDeS du Conseil Départemental CARSAT CPAM M.S.A.

Autres :

Observations :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Fait à, le

Signature obligatoire du demandeur ou de son représentant légal :