



DÉPARTEMENT DES ALPES-MARITIMES

DELEGATION DU PILOTAGE DES POLITIQUES DE L'AUTONOMIE ET DU HANDICAP

Évaluation du besoin

AIDE MENAGERE

ALLOCATION REPRESENTATIVE DES SERVICES MENAGERS

1^{ère} demande ☐ - ou - renouvellement ☐

Nom Prénom :

Date de naissance :

Si le demandeur est âgé de moins de 60 ans, est-il :

Inapte au travail ☐ - ou - Titulaire d'une carte d'invalidité ☐

Adresse :
.....

Logement : Nombre de pièces : Superficie (M2)

Etage..... Avec/sans ascenseur : ☐ oui ☐ non

Situation : Commerces et services : A proximité ☐ - ou - Eloignés ☐

Situation familiale : SEUL (E) ☐ - ou - en COUPLE ☐ * - ou - Autre cas * :

Renseignements concernant la personne vivant au foyer du demandeur :

Nom Prénom :

Date de naissance :

Si la personne vivant au foyer est âgée de moins de 60 ans, est-elle :

Inapte au travail ☐ - ou - titulaire d'une carte d'invalidité ☐

Total annuel de ses ressources :

Préciser si l'aide ménagère est indispensable pour le maintien de la personne à domicile :

Bénéficie-t-elle d'autres services d'aide à domicile ? et si oui, par quel (s) organisme (s) :
.....
.....
.....

Nombre d'heures mensuelles demandées :

☐ 12 H ☐ 16 H ☐ 20 H ☐ 24 H ☐ 30 H

Observations particulières :

Date :

Tampon du service