

## Demande d'installation et d'intervention 24h/24 en domicile partagé

**Lieu préféré :** 1<sup>er</sup> choix.....2<sup>ème</sup> choix.....3<sup>ème</sup> choix.....  
(voir la liste des communes proposant un Domicile Partagé)

**NOM :** ..... **PRENOM :** .....

Nom de jeune fille : ..... Date et lieu de naissance : ...../...../..... à.....

Adresse au moment de la demande: .....

Code Postal : ..... Commune : ..... Tél : .....

Situation de famille :  Marié(e)  Vie maritale  Veuf(ve)  Célibataire

Le demandeur vit :  Seul(e)  avec son conjoint(e)  en famille  en établissement

Le demandeur est bénéficiaire de :  Aide ménagère à domicile  Soins infirmiers

Le demandeur est bénéficiaire d'aide financière du conseil général :  oui  non

A.P.A. Aide Personnalisée d'Autonomie- (GIR notifié par le conseil général : .....

Le plan d'aide notifié date du mois de.....

### **REVENUS MENSUELS DE LA PERSONNE :**

Régime de retraite principale :  CNAM  MSA  Autre..... Montant : ...../ mois

Régime de retraite complémentaire-nom: ..... Montant : ...../ mois

Autres revenus : .....

### **LE MEDECIN TRAITANT DE LA PERSONNE AGEE :**

Nom Prénom..... Tél 1 : ..... Tél 2 : .....

Adresse : ..... Code Postal : ..... Ville : .....

Autre médecin éventuel : .....

### **L'INFIRMIER(E) DIPLOME(E) D'ETAT :**

Nom Prénom..... Tél 1 : ..... Tél 2 : .....

Adresse : ..... Code Postal : ..... Ville : .....

**LE REFERENT DE LA PERSONNE AGEE :** Lien de parenté : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Tel 1 : ..... Tel 2 : .....

Courriel : .....@.....

**Madame, Monsieur** ..... **demande avec l'accord de la personne âgée concernée, l'installation dans le domicile partagé dans un délai :**

**immédiat**  **de 3 mois**  , **de 6 mois**  , **encore plus tard** .

**Je demande l'intervention d'assistant(e)s de vie 24/24h.**

A ..... , le ...../...../.....

Signature :

*Joindre la copie de la notification de l'A.P.A - si celle-ci n'a pas encore été demandée, joindre le certificat médical que médecin traitant doit remplir pour cette demande d'A.P.A. Ce certificat permettra de prendre en compte l'état de santé de la personne, état nécessitant une aide à la personne 24h sur 24 (document de 2 pages à retirer en mairie, au conseil général DGISS, ou à nous réclamer).*

Conformément à la loi « informatique et liberté » du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent