**DEMANDE D’INTERVENTION AIDE MENAGERE A DOMICILE**

Date de la demande ……………..

Sortie d’hôpital oui  non S’agit-il d’une prolongation : oui non

Si oui Date de la sortie :…………………

Demande effectuée par : ……………………………………….……. N° 🕿 :……………………………………………………………

Concerne t-elle une personne  isolée  en couple, (préciser situation conjoint) : ……………………….........................................

Enfants au domicile : nombre : ………………………….Age(s) :…………………………………………………………………………

**Renseignements administratifs**

Nom :………………………………………………………

Prénom : …………………………………………………. …………………………………………………………………………………...

Date de naissance :……………………….. …………………………………………………………………………………………………..

Adresse complète:……………………………………………………………………………………………………………………………...

Code postal :…………………………………..Commune :…………………………………………………………………………………..

🕿 Fixe:……………………………………….. 🕿 portable :……………………………………………………………………………..

N° Immatriculation de l’assuré(e) : ………………………………………… CPAM  SLM  MGP 

S’agit-il de : l’assuré  ou l’ayant droit

Est-il retraité : oui  non

Bénéficie-t-il de la Complémentaire Santé Solidaire :  oui  non

Perçoit-il des Minima sociaux : oui non

Est-ce en lien avec un accident du travail : oui  non

Si Mutuelle ou Assurance. Complémentaire, prend –elle en charge des heures d’aide-ménagère :

Oui  nombre d’heures accordées : …. ……….**A noter que la mutuelle doit intervenir avant ce dispositif**

Non

Contact : Nom : …………………………. Lien avec le patient : …………………… 🕿 :…………………….. ……………..

**Date de la prescription médicale (la joindre au formulaire)**  ………….

**Renseignements pour la structure intervenante**

Appartement  Pavillon  interphone code :

Etage :…… Nombre de pièces :…… Animal de compagnie (si oui préciser): …………………………………………………...

Besoins du patient : entretien linge  préparation repas courses

Complément d’informations : …………………………………………………………………………………...

**Pièces à joindre à la demande :**

* **certificat médical du médecin**
* **bulletin d’hospitalisation avec la date de sortie**