

## DEMANDE DE PRESTATIONS – ÉVALUATION DES BESOINS

Date de la demande : ..... Demandeur : .....  
Lien de parenté : ..... ☎ : .....

### BÉNÉFICIAIRE

#### État civil

M.  Mme NOM : ..... Prénom : .....  
Adresse : .....  
Code postal et ville : .....  
☎ : ..... E-mail : .....  
Date de naissance : ...../...../..... Lieu de naissance : .....  
Numéro de Sécurité sociale : .....  
Caisse de retraite principale : .....

#### Logement

Type de logement :  appartement  maison  
Code : ..... Étage : ..... Ascenseur : ..... Boite à clef : .....  
Information complémentaire (*animal*) : .....

#### Évaluation des besoins

Pathologie : .....  
.....

Prise en charge :  oui  non  
Si oui,  APA notification remise le .....  
 Caisse de retraite .....  
 Taux plein  
 En attente de prise en charge

#### Nature des besoins :

Entretien du logement  Aide au lever et coucher  
 Courses  Aide à la toilette  
 Accompagnements aux sorties  Aide à l'habillage  
 Favoriser le dialogue  Aide au repas  
 Aides administratives

#### Planning souhaité :

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Matin							
Midi							
Après-midi							
Soir							