



Grille d'évaluation des besoins d'aide- ménagère à domicile

À remplir par le service prestataire
d'aide à domicile

Identité du demandeur		Monsieur	Madame
Nom et Prénom			
Date de naissance			
Situation familiale			
Nombre d'enfants (dans et hors foyer)			

Couverture sociale		
Mutuelle		
Caisse de retraite principale		
Caisses de retraites complémentaires		
	Première demande*	Renouvellement*
Reconnaissance d'invalidité de :	50% à 79%	Plus de 80%
Préciser le type de handicap (sensoriel, mental, moteur)		

Adresse complète

Personnes vivant au domicile

NOM - PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	LIEN DE PARENTÉ	ACTIVITÉ	DÉPENDANTE OU HANDICAPÉE
				OUI
				OUI
				OUI
				OUI
				OUI
				OUI
				OUI
				OUI
				OUI
				OUI

Contexte de la demande*

Sortie d'hospitalisation Isolement Événement déstabilisant
Perte d'autonomie Handicap Maladie
Autre (précisez) :

SITUATION*: Durable Temporaire

QUI EST À L'ORIGINE DE LA DEMANDE ?

(Précisez : demandeur, entourage, tuteur, service social, autre...)

Mobilité à l'extérieur (oui / non / commentaire)

À pied	OUI NON
En voiture	OUI NON
En transports en commun	OUI NON
En fauteuil roulant	OUI NON
Proximité des commerces et des services au public	OUI NON

Mobilité dans le logement et ses abords (oui / non / commentaire)

Seul	OUI NON
Avec des béquilles ou avec une canne	OUI NON
En fauteuil roulant	OUI NON
avec un dispositif adapté autre	OUI NON

Logement du demandeur*

Maison

Appartement

Nombre de pièces à entretenir	
Cage d'escalier	
Abords d'une maison	
Terrasse	
Préciser rez-de-chaussée, n° de l'étage...	
Sans ascenseur Avec ascenseur	État de salubrité* Propre Insalubre Dangereux

Autres aides (à préciser)		
Votre mutuelle propose-t-elle une participation financière sur les heures d'aides ménagère *?		OUI, à hauteur de : NON
Bénéficiez-vous d'aides du département* ?		OUI NON
Bénéficiez-vous de la majoration tierce personne versée par la sécurité sociale* ?		OUI NON
Bénéficiez-vous d'autres aides ou dispositifs de votre caisse de sécurité sociale* ?		
Soins infirmiers à domicile OUI NON		Téléalarme OUI NON
Portage de repas OUI NON		Aide aux sorties OUI NON
Autres OUI NON		Si oui, préciser :
Bénéficiez-vous des aides de votre centre communal ou inter communal d'action sociale ?		OUI, préciser : NON
D'autres personnes vivant au foyer bénéficient-elles d'une prestation de maintien à domicile ?		OUI, préciser : NON
Bénéficiez-vous d'autres aides au maintien à domicile ? Le cas échéant, complétez :		
Caisse complémentaire OUI NON	Nature de l'aide	Montant par mois
Mutuelle OUI NON	Nature de l'aide	Montant par mois
Assurance OUI NON	Nature de l'aide	Montant par mois

Évaluation du besoin d'aide ménagère par le SAAD

Date		NOM/Prénom de l'évaluateur	
Adresse du SAAD			
Téléphone			

BESOIN D'AIDE POUR LES TÂCHES MÉNAGÈRES	O/N	Besoin en heures Par mois (1)	Aide apportée par l'entourage Par mois (2)	O/N	HEURES DEMANDEES/ MOIS = (1)-(2)
Tâches ménagères quotidiennes					
- Poussière sur les meubles					
- Balayer/aspirer					
- Refaire le lit					
- Entretenir les sanitaires					
- Faire la vaisselle					
- Cuisine : entretien du frigo, gazinière, préparation des repas					
- Autre :					
Tâches ménagères plus lourdes					
- Récupage					
- Vitre					
- Nettoyage complet					
Entretien du linge					
- Petit linge/gros linge					
- Repassage					
Courses					
- Porter ses courses					
- Se déplacer en voiture					
Total mensuel des heures demandées					

Maintien à domicile

La personne a-t-elle besoin d'une surveillance pour être maintenue à domicile ?

OUI
NON

Si oui, pour quels besoins ?

Une réponse est-elle apportée par son entourage :

Partiellement
Totalemment

Aide apportée par :

Observations éventuelles

CACHET DU SERVICE ÉVALUATEUR

**NOM PRÉNOM, TÉLÉPHONE
ET/OU EMAIL DE L'ÉVALUATEUR**

DATE DE L'ÉVALUATION :

www.doubs.fr