



Réseau de santé ARCADE

Equipe Mobile de :

N° adhérent ARCADE : 200 /

Date d'Inclusion : 18/10/2021

Nom :	<input type="text"/>	-----
Prénom :	<input type="text"/>	-----
Adresse :	<input type="text"/>	-----
	<input type="text"/>	-----

N° INSEE :	<input type="text"/>	-----

Adresse précédente (si l'adresse actuelle date de moins de 3 mois) :

.....
.....
.....

Demande de prestation :

- Allocation Personnalisée d'Autonomie
- Prestation de Compensation du Handicap
- Garde à domicile CPAM
- Garde à domicile CRAM
- Autre Préciser
- AM aide sociale



IDENTIFICATION	Demandeur	Conjoint
Nom de naissance		
Nom d'époux (se)		
Prénom		
Date et lieu de naissance		
Nationalité		
Situation de famille		
Date d'arrivée en France (Pour les étrangers)		
Caisse de Sécurité Sociale et adresse		
Caisse de retraite à titre principal et adresse N°		
Caisse d'allocations familiales et adresse N°		

LES RESSOURCES ANNUELLES	Demandeur	Conjoint
Pensions et retraites		
Allocations diverses (ex : aides au logement, allocation adulte handicapé, allocation spéciale vieillesse, rente accident du travail, pension d'invalidité)	Cf AI	
Revenus du capital mobilier et immobilier		
Salaire ou bénéfice déclaré		
TOTAL ANNUEL		

? **Percevez vous** (ou votre conjoint) :

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| L'allocation compensatrice tierce personne | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Une majoration pour tierce personne | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| L'aide ménagère au titre de l'aide sociale | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| L'aide ménagère versée par les Caisses de retraite | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

Si oui, préciser quelle caisse et le nombre d'heures :

.....
...

PLAN D'AIDE en cours

Gir :

Date de début de l'intervention de l'aide à domicile : 15/11/2021

Demande ouverture de Garde CPAM à compter du 15/11/2021 dans l'attente de la mise en place du dossier d'aide sociale + PCH.
Madame était entourée à domicile par sa famille, repartie à la réunion le 11/11/2021. Ne peut pas rester seule dans son logement.

Nom de l'assistant social : Florine LAHAILLE

Date : 30/12/2021

Identification de l'Association : (si intervention)

- Pyrène Plus Association Bigourdane d'aide à domicile
 ADMR AIDER
 Autre Préciser :

Mode d'intervention :

- Prestataire
 Mandataire
 Emploi direct

Votre n° de téléphone ou n° de téléphone de la personne susceptible de donner des renseignements :

.....
.....

? Enfants et autres personnes vivant à votre domicile

Nom et Prénom	Date Naissance	Situation Actuelle	Lien de parenté
.....
.....
.....

.....
.....
? Renseignements complémentaires

Vous êtes : propriétaire locataire usufruitier

Mentionner le cas échéant si vous faites l'objet d'une mesure de :

Sauvegarde de justice tutelle curatelle

Nom, adresse, téléphone du tuteur ou de l'association chargée de la gestion des biens :
.....
.....

PIECES A FOURNIR LORS DE LA CONSTITUTION DE CE DOSSIER :

- La photocopie d'une pièce d'identité / Titre de séjour
- La photocopie du dernier avis d'imposition ou de non imposition
- Un justificatif de domicile (facture téléphone, EDF...)
- Un relevé d'identité bancaire ou postal

Je soussigné(e), agissant en mon nom propre / en ma qualité de représentant de :
autorise le Conseil Général et/ou la MDPH à transmettre l'ensemble des éléments de mon
dossier aux organismes de Sécurité Sociale pour l'examen de mes droits.

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurants ci-dessus, qui sont fournis
dans le cadre d'une demande d'APA ou d'ACTP ou de PCH ou de garde CPAM ou de garde
CRAM ou AM

à domicile en établissement.

Fait à TARBES..... Le 15/11/2021

Signature

Florine LAHAILLE, assistante sociale RESAPY