

1.3. Demande exprimée par la personne

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. Evaluation des besoins

2.1. Conditions de vie, environnement et cadre de vie

Entourage

> Le demandeur vit ...

Seul Si oui, depuis quand :

Avec..... personnes : une de ces personnes est-elle... (cocher si oui)

... Aidante ? Oui Non

... Dépendante ? Oui Non

dans l'affirmative :

- cette personne bénéficie-t-elle d'une prise en charge financière ? Oui Non

- le retraité éprouve-t-il des difficultés à s'en occuper ? Oui Non

> Le conjoint du demandeur est-il actuellement en établissement d'accueil pour personnes âgées ? Oui Non

Si oui, le demandeur éprouve-t-il des difficultés de transport pour lui rendre visite ? Oui Non

> Contacts avec la famille / les amis / les voisins / les bénévoles :

	Famille	Amis	Voisins	Bénévoles
Fréquents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Occasionnels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exceptionnels / jamais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

> Rôle de la famille / des amis / des voisins / des bénévoles :

	Famille	Amis	Voisins	Bénévoles
Rôle d'aidant (cocher si oui)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires

.....

.....

.....

.....

.....

Etat de santé déclaré

> L'état de santé déclaré du demandeur entraîne-t-il :

- . des difficultés de mobilité ? Oui Non
. des troubles de la mémoire ? Oui Non

- . des troubles de la nutrition ? Oui Non
. d'autres troubles ? Oui Non

Description.....
.....
.....
.....
.....

Situation de rupture

> Le demandeur déclare-t-il avoir vécu récemment un événement déstabilisant ?

Oui Non

- . Départ ou décès d'un conjoint ou d'un membre de la famille
. Dégradation subite de l'état de santé du retraité
. Retour d'hospitalisation du retraité
. Perte d'autonomie / maladie du conjoint ou d'un proche
. Entrée du conjoint en établissement
. Autre événement

Description.....
.....
.....
.....
.....

Vie sociale

> Y-a-t-il des commerces accessibles par le demandeur ?

Oui Non

> Le demandeur a-t-il des activités sociales (associatives, culturelles...)?

Oui Non

> Y-a-t-il des transports en commun accessibles par le demandeur ?

Oui Non

> Le demandeur fait-il ses sorties du domicile (à pied ou en véhicule)

seul ?

ou accompagné ?

. Si accompagné(e), est-ce plutôt par... (une seule réponse)

la famille les voisins ou d'autres personnes (professionnels, bénévoles...)

. Quelle est la fréquence de ces sorties ?

Fréquentes Occasionnelles Exceptionnelles/jamais

Commentaires.....
.....
.....
.....

Habitat

- . Statut du demandeur : Propriétaire Locataire Hébergé gratuitement
- . Lieu du logement : Urbain Rural regroupé Rural dispersé
- . Type de logement : Appartement Maison individuelle Résidence, foyer

> Accessibilité extérieure au logement

. Le logement du demandeur est-il accessible ? Facilement Difficilement

Si accessible difficilement : quelles sont les difficultés rencontrées ?
(état des parties communes, lourdeur des portes, marches, escaliers)

.....

.....

.....

.....

.....

> Confort et adaptation du logement

. Le logement du demandeur est-il pourvu de... (cocher si oui)

- Eau courante ? WC intérieurs ? Eau Chaude ? Salle de bain ?

. Le logement du demandeur est-il pourvu du téléphone ?

- Oui Non

. Le logement du demandeur est-il adapté ?

- Oui Non

Si pas adapté : quels sont les éléments inadaptés ?

- Toilettes Cuisine
- Salle de bain Pièce à vivre
- Circulation intérieure (marches, sols glissants) Chauffage

Autres (à préciser).....

.....

> Equipement

. Parmi ces équipements, quels sont ceux qui sont inexistants ou inadaptés ?

	Inexistant	Inadapté
Réfrigérateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Machine à laver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuisinière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autres (à préciser).....

.....

2.2 Grille AGGIR : activités corporelles, mentales, domestiques et sociales

A = fait seul(e) totalement, habituellement, correctement **B** = fait partiellement **C** = ne fait pas

Variables discriminantes

Items de la Grille AGGIR	Modalités A-B-C	Si B ou C, nature des aides (entrouage, professionnels...)
COHERENCE Converser et/ou se comporter de façon sensée		
ORIENTATION Se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux		
TOILETTE DU HAUT DU CORPS Concerne le visage (incluant le rasage et le coiffage), le tronc, les membres supérieurs et les mains		
TOILETTE DU BAS DU CORPS Concerne les régions intimes, les membres inférieurs, les pieds		
HABILLAGE HAUT Le fait de passer des vêtements par la tête et/ou les bras		
HABILLAGE MOYEN Le fait de boutonner un vêtement, de mettre une fermeture éclair ou des pressions, une ceinture ou des bretelles		
HABILLAGE BAS Le fait de passer des vêtements par le bas du corps, y compris les chaussettes, les bas et les chaussures		
ALIMENTATION : SE SERVIR Couper la viande, ouvrir un pot de yahourt, peler un fruit, remplir un verre		
ALIMENTATION : MANGER Porter les aliments et les boissons à la bouche et les avaler		
ELIMINATION URINAIRE Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire		
ELIMINATION FECALE Assurer l'hygiène de l'élimination fécale		
TRANSFERTS Se lever, se coucher, s'asseoir		
DEPLACEMENTS A L'INTERIEUR Avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant		
DEPLACEMENTS A L'EXTERIEUR A partir de la porte d'entrée, sans moyen de transport		
COMMUNICATION A DISTANCE Utiliser les moyens de communication : téléphone, alarme, sonnette... dans le but d'alerter		

GIR

Variables illustratives

Items de la Grille AGGIR	Modalités A-B-C	Si B ou C, nature des aides (entourage, professionnels...)
GESTION Gérer ses affaires, son budget, se servir de l'argent, faire des démarches		
CUISINE Préparer les repas		
MENAGE Effectuer l'ensemble des travaux ménagers		
TRANSPORTS Prendre et/ou commander un moyen de transport (au moins une fois par semaine)		
ACHATS Faire des acquisitions directes ou par correspondance		
SUIVI DU TRAITEMENT Se conformer à l'ordonnance de son médecin		
ACTIVITES DE TEMPS LIBRE Avoir des activités sportives, culturelles, sociales, de loisirs, de passe-temps...		

2.3. Synthèse des fragilités et des besoins repérés (cocher si oui)

Le demandeur vit une situation d'isolement Familial Social Géographique

Le demandeur s'occupe au sein du foyer d'une personne dépendante et éprouve des difficultés à le faire

L'état de santé du demandeur entraîne... des difficultés de mobilité
 des troubles de la nutrition
 des troubles de la mémoire
 d'autres troubles

Le demandeur a récemment vécu un événement déstabilisant

L'habitat entraîne des risques pour la personne

Le demandeur éprouve des difficultés de mobilité entravant la réalisation des démarches extérieures

Achats / courses Visite à la famille ou aux amis
 Démarches de santé (rdv médical...) Démarches administratives
 Autres à préciser.....

Le demandeur éprouve des difficultés à réaiser les actes de la vie quotidienne

Toilette Habillage
 Ménage Cuisine
 Autres à préciser.....

Si le retraité relève d'un GIR 1 à 4, une orientation est à prévoir vers le Conseil général pour une éventuelle prise en charge dans le cadre de l'Allocation personnalisée d'autonomie

Compte tenu de l'évaluation réalisée, un Plan d'actions personnalisé financé par la Caisse régionale doit-il être mise en place ? Oui Non

Des conseils et recommandations sont-ils nécessaires ? Oui Non

3. Elaboration du Plan d'actions personnalisé

3.1. Aides et services déjà en place (cocher si oui)

	Commentaires	Demandeur	Cohabitant
TACHES MENAGERES			
Aide au ménage		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entretien du linge		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gros travaux de nettoyage		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COURSES ET REPAS			
Aide aux courses		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aide à la préparation des repas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frais de portage de repas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Repas pris en structure		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TRANSPORT			
Déplacements accompagnés		<input type="checkbox"/>	
Aide au transport		<input type="checkbox"/>	
HYGIENE ET MIEUX ETRE			
Aide aux soins d'hygiène (toilette, habillage, stimulation, pédicurie, protections urinaires)		<input type="checkbox"/>	
Soins infirmiers		<input type="checkbox"/>	
Kinésithérapeute		<input type="checkbox"/>	
Aide psychologique		<input type="checkbox"/>	
ASSISTANCE ET SECURITE			
Installation télé-assistance		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abonnement télé-assistance		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Garde de nuit itinérante		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LOGEMENT ET CADRE DE VIE			
Consultation ergothérapeute		<input type="checkbox"/>	
Petits travaux		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aides techniques		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Equipement du foyer		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HEBERGEMENT			
Hébergement temporaire		<input type="checkbox"/>	
Accueil de jour et de nuit		<input type="checkbox"/>	
VIE SOCIALE			
Sorties accompagnées		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aide au maintien du lien social		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aide à la gestion administrative		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aide aux vacances		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PREVENTION			
Atelier collectif (mémoire, équilibre, nutrition...)		<input type="checkbox"/>	

3.2. Plan d'actions personnalisé (demande de participation financière de la Caisse régionale)

Familles d'aide	Cocher si oui	Modalités de mise en oeuvre et commentaires (durée de prise en charge, fréquence et nombre d'heures d'intervention, coûts unitaires, nom de l'intervenant si connu...etc)	Cocher si service rendu dans le cadre de l'aide ménagère à domicile prestataire	Priorités
TACHES MENAGERES Aide au ménage Entretien du linge Gros travaux de nettoyage	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
COURSES-REPAS Aide aux courses Aide à la préparation des repas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Frais de portage de repas Repas pris en structure	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
ACCOMPAGNEMENT TRANSPORT Déplacements accompagnés Aide au transport	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
HYGIENE ET MIEUX ETRE Aide à la toilette Dépenses de protection Pédicurie Aide psychologique	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ASSISTANCE SECURITE Installation télé-assistance Abonnement télé-assistance Garde de nuit itinérante	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

Famille d'aide	Cocher si oui	Modalités de mise en oeuvre et commentaires (durée de prise en charge, fréquence et nombre d'heures d'intervention, coûts unitaires, nom de l'intervenant si connu...etc)	Cocher si service rendu dans le cadre de l'aide ménagère à domicile prestataire	Priorités
LOGEMENT ET CADRE DE VIE Aide à l'amélioration de l'habitat Aides techniques Petits travaux Consultation ergothérapeute	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Signalement Habitat : Un dossier Habitat doit-il être déposé ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si non, un dossier est-il déjà déposé ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
HEBERGEMENT Aide à l'hébergement temporaire Accueil de jour Accueil de nuit	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
VIE SOCIALE Sorties accompagnées Aide au maintien du lien social (cotisation club...) Aide à la gestion administrative Aide aux vacances	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PREVENTION Atelier Mémoire Atelier Equilibre Atelier Nutrition	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

Total des heures mensuelles d'aide ménagère à domicile (AMD) prestataire

 | | | a

Total des heures mensuelles d'intervention hors AMD prestataire

 | | | b

Total du nombre d'heures d'intervention

 | | | a + b

Durée totale de prise en charge du Plan d'actions personnalisé : du | | | | 2 | 0 | | | au | | | | 2 | 0 | | |

Estimation financière du Plan d'actions personnalisé : | | | | , | | | euros

Estimation de la part à prendre en charge par la Caisse régionale : | | | | , | | | euros

Estimation de la part restant à la charge du retraité : | | | | , | | | euros

3.3. Tableau estimatif de valorisation du Plan d'actions personnalisé

Nom :	.....
Prénom :	.....
n° sécurité sociale :	.....

Montant mensuel des ressources	_____ , _____ €
Nombre de personnes	
Ressources prises en compte	

Evaluation réalisée par												
Date de l'évaluation	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td>2</td><td>0</td><td> </td><td> </td> </tr> </table>									2	0		
		2	0										

Type d'aide	Intervenant	Début	Fin	Tarif unitaire	Quantité	Montant total
● ..... .....	● ..... .....	.../.../20...	.../.../20...	_____ , _____ €	.....	_____ , _____ €
● ..... .....	● ..... .....	.../.../20...	.../.../20...	_____ , _____ €	.....	_____ , _____ €
● ..... .....	● ..... .....	.../.../20...	.../.../20...	_____ , _____ €	.....	_____ , _____ €
● ..... .....	● ..... .....	.../.../20...	.../.../20...	_____ , _____ €	.....	_____ , _____ €
● ..... .....	● ..... .....	.../.../20...	.../.../20...	_____ , _____ €	.....	_____ , _____ €

Période totale de prise en charge	...../...../20..... ●/...../20.....
Participation de la Caisse	_____ , _____ €
Participation du retraité (*)	_____ , _____ €

(*) Sous réserve des contributions susceptibles d'être versées par d'autres financeurs que la branche Retraite du régime général : régimes complémentaires, collectivités territoriales...

3.4. Autres conseils et préconisations (hors prise en charge par la Caisse régionale)

Conseils et préconisations	Précisions	Des actions sont-elles à mener ?	
		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Mise en relation avec un réseau de bénévoles / volontaires	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Sensibilisation du voisinage	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Orientations vers un club	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Soutien aux aidants familiaux	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Intervention de professionnels médicaux et paramédicaux	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Changement de domicile	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Conseil juridiques, souscription d'une assurance complémentaire... etc	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

3.5. Démarches à effectuer pour la mise en oeuvre du Plan d'actions personnalisé

Nom, adresse et cachet de la structure chargée de l'évaluation

Téléphone de la structure d'évaluation

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nom de l'évaluateur

Par la structure chargée de l'évaluation

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Par le retraité

.....

.....

.....

.....

.....

Par la Caisse régionale

.....

.....

.....

.....

.....

Feuillet extrait du document
«Evaluation des besoins du retraité et élaboration du plan d'actions personnalisé».

EXEMPLAIRE A CONSERVER PAR L'ASSURE

3.5. Démarches à effectuer pour la mise en oeuvre du Plan d'actions personnalisé

Nom, adresse et cachet de la structure chargée de l'évaluation

Téléphone de la structure d'évaluation

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nom de l'évaluateur

Par la structure chargée de l'évaluation

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Par le retraité

.....

.....

.....

.....

.....

Par la Caisse régionale

.....

.....

.....

.....

.....

3.6. Observations complémentaires de l'évaluateur

Besoins exprimés ou repérés non couverts localement

.....

.....

.....

.....

.....

Actions du PAP préconisées par l'évaluation et non retenues par le retraité

.....

.....

.....

.....

Autres observations

.....

.....

.....

.....

> J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis à l'évaluateur.

> Je déclare :

- avoir reçu l'évaluateur de la structure mentionnée ci-dessous
- avoir pris connaissance du Plan d'actions personnalisé au cas où celui-ci m'a été proposé
- avoir pris connaissance des mentions légales figurant sur ce dossier

> J'accepte que mon dossier et l'ensemble des informations qu'il comporte puissent être transmis à un autre organisme conventionné avec la caisse pour permettre son instruction, dans le strict respect des règles de confidentialité.

Fait à : le

Signature du retraité :

La loi rend passible d'amende et d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (art. 377-1 du code de la Sécurité sociale, Arts. 313-1, 313-3, 433-19, 441-1 et 441-7 du code pénal).
La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 vous garantit un droit d'accès et de rectification pour les données que nous enregistrons à partir de vos réponses.

Les sites Internet de la branche Retraite

> Pour les retraités

www.cnav.fr

Le site donne accès non seulement à **www.retraite.cnav.fr** pour obtenir des informations générales sur les démarches pour prendre sa retraite, et sur la vie pendant la retraite, mais permet également d'accéder aux autres sites de la branche Retraite (**www.legislation.cnav.fr...**)

www.lekiosquebleu.fr

Le Kiosque Bleu constitue un répertoire des offres de services de proximité, mis en place et actualisé par chaque Caisse régionale.

> Pour les partenaires institutionnels et les intervenants

www.partenairesaction sociale.fr

Le Portail Partenaires Action Sociale favorise la dématérialisation de l'ensemble des échanges et permet la diffusion d'informations plus régionales.

CRAM Centre

30, boulevard Jean-Jaurès
45033 ORLEANS cedex 1
www.cram-centre.fr
ass.pa.acind@cram-centre.fr