CHARENTE
LE DÉPARTEMENT

PÔLE SOLIDARITÉS
DIRECTION DE L'AUTONOMIE - SERVICE PRESTATIONS
31 boulevard Emile Roux
CS 60000 - 16917 ANGOULÊME cedex 9

CERTIFICAT RELATIF À UNE DEMANDE D'AIDE MÉNAGÈRE

ATTENTION IMPRIMÉ À REMPLIR AU STYLO BILLE NOIR

établi par le Docteur : .....

CONCERNANT : NOM : .....
Prénom : .....
Date de naissance : .....
Adresse : .....
.....
.....

MOTIF DE LA DEMANDE : S'agit-il :
- ☐ d'un handicap permanent
- ☐ d'une aggravation de l'état clinique
- ☐ d'une suite d'hospitalisation

Le cas échéant, taux d'invalidité reconnu par la CDAPH : .....%

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX :

• Antécédents personnels .....
.....
.....

• Pathologie actuelle.....
.....
.....

CONDITIONS DE VIE : l'intéressé (e) vit-il (elle) :

☐ seul (e)
☐ avec son (sa) conjoint (e) (1)
☐ autre cas
☐ famille à domicile
☐ famille à proximité
☐ famille éloignée ou inexistante

(1) Si oui, pouvez-vous préciser son état de santé : .....
.....

ACTIVITÉS : l'intéressé (e) peut-il (elle) :

	oui	difficilement	non		oui	difficilement	non
marcher seul (e)	☐	☐	☐	emprunter les escaliers	☐	☐	☐
préparer les repas	☐	☐	☐	faire le ménage	☐	☐	☐
faire les courses	☐	☐	☐	entretenir son linge	☐	☐	☐

Durée prévisible du besoin d'aide ménagère : .....
Nombre d'heures sollicitées par mois : .....

Fait à.....le.....
Signature Cachet

Avis du contrôle médical : ....

IMPORTANT : ce présent certificat doit être mis sous enveloppe cachetée par le médecin traitant et déposé à la mairie (centre communal d'action sociale) avec le dossier d'aide sociale.