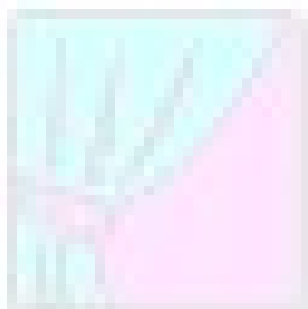
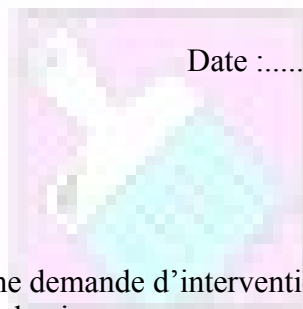
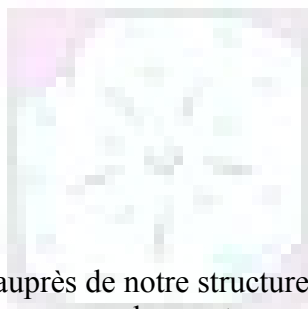


DOCUMENT INDIVIDUEL DE PRISE EN CHARGE



Association **S.A.D.E**

Maison des associations
Place Georges Durieux
183 Grand Rue
59269 Sepmeries



Date :

Madame, Monsieur,

Vous avez formulé auprès de notre structure une demande d'intervention à votre domicile destinée à vous accompagner dans votre projet de vie.

Nous avons effectué une évaluation individuelle chez vous (ou à l'hôpital) et après concertation avec vous-même et vos proches, nous avons décidé les solutions suivantes :

Aide techniques.....
Aide au transfère.....
Aide humaine.....
Autres.....

Ex : Téléassistance
Balise de Géo localisation

Nous vous rappelons les missions confiées à l'intervenant :

L'aide à domicile : aider les personnes dans l'accomplissement des tâches et des activités de la vie quotidienne, en veillant à préserver l'autonomie des personnes aidées et à maintenir leur indépendance, notamment en les incitant à faire ce qu'elles peuvent encore effectuer sans aide.

En fonction de l'évaluation individuelle réalisée chez vous, notre intervention se réalisera de la façon suivante :

AIDES	
Activités	
Actes essentiels	
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
Activités domestiques	
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
Accompagnement social	
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
Aide à la toilette	
L'aide à domicile interviendra :	
–	X heures / semaine
–	Réparties :

- Les intervenants devront se conformer à ce projet d'intervention. Toutefois, il leur incombera de s'adapter quotidiennement à la situation rencontrée ; le service sera systématiquement prévenu si nécessaire.
- Les horaires de passage sont fixés à l'avance. Toute fois, ils peuvent fluctuer en fonction d'urgences, ou pour des raisons d'absence et de remplacement de

personnel. Si les fluctuations devaient être trop importantes, le service s'engage à prévenir des modifications.

Facultatif :

Afin de faciliter les liaisons entre les différents intervenants, un cahier de liaison sera déposé à votre domicile.

Les prestations effectuées à votre domicile seront facturées suivant les modalités suivantes :

Soins : La sécurité sociale rembourse directement le service, aucune avance ne vous sera réclamée.

Aide : Le prix de l'intervention au (date) est de:..... /heures
Une participation financière vous sera demandée à hauteur de :heures
(sous réserve de la confirmation par l'organisme payeur)

Vous devez vous acquitter mensuellement de cette participation (sous peine de cessation de l'activité ou une majoration de 10% sera faite en cas de retard excessif.

Ces prix sont révisés en fonction de la réglementation.

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

En cas de difficultés rencontrées, votre correspondance dans la structure est :

Nom :
Téléphone :

Veillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

L'utilisateur Le Responsable du Service
« A pris connaissance »

Date :