

Administratif

Votre nom : _____ Nom de naissance : _____

Votre Prénom : _____ Sexe : F / M

Votre date de naissance : __ / __ / ____ Votre lieu de naissance : (commune /Pays) : _____

Votre adresse : (n° et voie) : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Tél : _____ Adresse mail : _____

Disposez-vous d'une connexion internet (box ADSL) à domicile : oui / non

Disposez-vous d'un téléphone portable (mobile) : oui / non

Est-ce que le téléphone portable (le vôtre ou celui de vos proches) passe facilement depuis votre logement ? oui / non

Quelle est votre situation : veuf, veuve / en couple / seul(e)

Prise en charge à domicile

Êtes-vous retraités ? Oui / non

Si oui, quelle est votre caisse de retraite : CARSAT / MSA / RSI / MGEN / autre : précisez :

Bénéficiez-vous d'un plan d'aide ?

- un Plan d'aide personnalisé de votre caisse de retraite : oui / non / je ne sais pas
- une Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) ou une Prestation de compensation du handicap (PCH) du département de l'Isère : oui / non / je ne sais pas

Quel est votre médecin généraliste ? Nom/prénom :

Adresse (n° voie) :

Code postal et commune :

Tél :

Utilisez-vous un service de télé alarme ? Oui / Non

Si oui, quel est l'opérateur de cette télé alarme : Sud Isère télé alarme / CCAS de Bourgoin Jallieu / je ne sais pas

autre (précisez) :

Aidants

Quels sont les noms et coordonnées des professionnels ou des aidants qui s'occupent de vous régulièrement ?

Cabinet infirmier : Nom/prénom :

Adresse (n° voie) :

Code postal et commune :

Tél :

Service d'aide et d'accompagnement à domicile : Nom de la structure :

Nom/prénom de votre interlocuteur :

Adresse (n° voie) :

Code postal et commune :

Tél :

SSIAD (service de soins infirmier à domicile) : Nom/prénom :

Adresse (n° voie)

Code postal et commune :

Tél :

Famille ou amis :

Nom/ prénom :

Tél :

lien avec vous :

Mail :