

Date de l'évaluation |__|__|__|__|__|__|__|__| Date prévue de mise en œuvre du PAP |__|__|__|__|__|__|__|__|

Nom de la structure d'évaluation :

Nom de l'évaluateur :

N° structure d'évaluation |__|__|__|__|__|__|__|__| Téléphone |__|__|__|__|__|__|__|__|

Téléphone portable évaluateur |__|__|__|__|__|__|__|__| Courriel évaluateur :

1. IDENTIFICATION DE LA DEMANDE

1.1. IDENTITE DU DEMANDEUR

Madame Mademoiselle Monsieur

Nom d'époux ou d'épouse (s'il y a lieu, en majuscules)

Nom de naissance (en majuscules)

Prénoms (soulignez le prénom usuel) :

N° de sécurité sociale : |__|__|__|__|__|__|__|__|

Date de naissance : |__|__|__|__|__|__|

Adresse : Numéro : |__|__|__|__|__|__| Nom de la voie :

Code postal : |__|__|__|__|__|__| Commune :

Téléphone domicile |__|__|__|__|__|__|__|__| Téléphone portable |__|__|__|__|__|__|__|__|

Situation familiale : célibataire veuf(ve) séparé(e) divorcé(e)
 marié(e) le retraité a conclu un pacs en concubinage

Courriel :

Autre personne à contacter :

Nom : Prénom :

Nature du lien avec la personne :

Téléphone domicile |__|__|__|__|__|__|__|__| Téléphone portable |__|__|__|__|__|__|__|__|

1.2- NATURE DE LA DEMANDE

1^{ère} évaluation

Réexamen :

- correspondant à une fin de prise en charge
- suite à un changement de situation

► **Etat de santé déclaré**

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

- des difficultés de mobilité ? oui non - des troubles de la nutrition ? oui non
- des troubles de la mémoire ? 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	<input type="checkbox"/>	locataire	<input type="checkbox"/>	hébergé gratuitement	<input type="checkbox"/>
▪ Lieu du logement :	urbain	<input type="checkbox"/>	rural regroupé	<input type="checkbox"/>	rural dispersé	<input type="checkbox"/>
▪ Type de logement :	appartement	<input type="checkbox"/>	maison individuelle	<input type="checkbox"/>	résidence, foyer	<input type="checkbox"/>

Nombre de pièces de vie :

▪ 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 Salle de bain Circulation intérieure (marches, sols glissants)

Cuisine Pièce à vivre 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 (<i>entourage, professionnels, ...</i>)
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 yaourt, 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

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

2.3. SYNTHÈSE DES FRAGILITÉS ET DES BESOINS REPERES (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 administratives
Démarches de santé (rdv médical...) Autres à préciser :

Le demandeur éprouve des difficultés à réaliser 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 mis en place ? oui non

Des conseils et recommandations sont-ils nécessaires ? oui non

3. ELABORATION DU PLAN D' ACTIONS PERSONNALISE

3.1. AIDES ET SERVICES DEJA EN PLACE (cocher si oui)

	Commentaires	Demandeur	Cohabitant
Tâches ménagères 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"/>
Courses et repas Aide aux courses Aide à la préparation des repas Frais de portage de repas Repas pris en structure		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Transports Déplacements accompagnés Aide au transport		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Hygiène et mieux-être Aide aux soins d'hygiène (toilette, habillage, stimulation, pédicurie, protections urinaires) Soins infirmiers Kinésithérapeute Aide psychologique		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Assistance et sécurité Installation télé-assistance Abonnement télé-assistance Garde de nuit itinérante		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Logement et cadre de vie Consultation ergothérapeute Petits travaux Aides techniques Equipement du foyer		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Hébergement Hébergement temporaire Accueil de jour et de nuit		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Vie sociale Sorties accompagnées Aide au maintien du lien social Aide à la gestion administrative Aide aux vacances		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Prévention Atelier collectif (mémoire, équilibre, nutrition...)		<input type="checkbox"/>	

3.2. PLAN D' ACTIONS PERSONNALISE (demande de participation financière de la caisse régionale)

Familles d'aide	Cocher si oui	Modalités de mise en œuvre et commentaires <i>(durée de prise en charge, fréquence et nombre d'heures d'intervention, coûts unitaires, nom de l'intervenant si connu...etc.)</i>	Cocher si service rendu dans le cadre de l'aide ménagère à domicile prestataire	Priorités
Tâches ménagères 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"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Accompagnement transport Déplacements accompagnés Aide au transport	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Hygiène et mieux être 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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Assistance sécurité Installation télé-assistance Abonnement télé-assistance Garde de nuit itinérante	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

Familles d'aide	Cocher si oui	Modalités de mise en œuvre et commentaires <i>(durée de prise en charge, fréquence et nombre d'heures d'intervention, nom de l'intervenant si connu...etc)</i>	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 ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Si non, un dossier est-il déjà déposé ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		
Hébergement 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"/>	
Prévention 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 personnalisés : du : |_|_| |_|_| |2_|0_|0_|_| au |_|_| |_|_| |2_|0_|0_|_|

Estimation financière du plan d'actions personnalisés : _____,____| 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 PERSONNALISE

Nom :
Prénom :
n° sécurité sociale :

Montant mensuel de ressources :,.....€
Nombre de personnes	
Ressources prises en compte	

Evaluation réalisée par :
Date de l'évaluation :	__/__/20__

Type d'aide	Intervenant	Début	Fin	Tarif unitaire	Quantité	Montant total
...../.../200	.../.../200,.....€	,.....€
...../.../200	.../.../200,.....€	,.....€
...../.../200	.../.../200,.....€	,.....€
...../.../200	.../.../200,.....€	,.....€
TOTAL					,.....€

Le nombre d'aides n'est pas limité à quatre ; utiliser un deuxième tableau si nécessaire.

Période totale de prise en charge	.../.../200	.../.../200
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 ...

: Données saisies par l'évaluateur sur la base des tarifs observables localement ou indiqués par la caisse régionale

: Données calculées par l'outil

3.4. AUTRES CONSEILS ET PRECONISATIONS (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 aidant 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"/>
Conseils juridiques, souscription d'une assurance complémentaire, ...etc	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

3.5. DEMARCHES A EFFECTUER POUR LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN D'ACTION PERSONNALISE

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

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

3.5. OBSERVATIONS COMPLEMENTAIRES DE L'EVALUATEUR

Besoins exprimés ou repérés non couverts localement :

.....

.....

Actions du PAP préconisées par l'évaluateur 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 |_|_|||_|_|||2_|0_|0_|_|

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.

Nom et cachet de l'institution	Signature de l'évaluateur : Signature du responsable de la structure :
--------------------------------	---

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.

www.infoplus-seniors.fr

Ce site permet de fournir aux retraités et aux aidants l'accès aux services liés aux différents aspects de la retraite, à partir des huit rubriques suivantes : Retraite active ; Santé et prévention ; Services à domicile ; Logement ; Dépendance ; Vie en établissement ; Aides et financements ; Droits des retraités.

◆ 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 régionales.

-o0o-