

Fiche à compléter et à joindre au dossier « **Demande d'aide pour Bien vieillir chez soi** »

IDENTITÉ DU RETRAITÉ

Madame Monsieur

Nom (de naissance) :

Nom d'épouse (s'il y a lieu) :

Prénom :

N° de Sécurité Sociale :

Adresse :

.....

Code postal : Ville :

Tél : Adresse mail :

RENSEIGNEMENTS HABITAT

Statut de l'occupant : Propriétaire Locataire HLM Locataire à titre privé
 Hébergé à titre gratuit Usufruitier

Si **vous êtes locataire HLM, veuillez préciser le nom du :**

➤ **baillieur** :

➤ **groupe immobilier** :

➤ **titulaire du bail** :

Type de logement : Appartement Maison individuelle Résidence ou foyer

Nombre de pièces de vie : Etage : Présence d'ascenseur OUI

NON

Difficultés d'accessibilité OUI NON

S'agit-il de votre résidence principale ? OUI NON

Renseigner les types de travaux envisagés :

Adaptation de salle de bains monte escaliers Motorisation des volets Accessibilité du logement,
 Changement mode de chauffage Installation double vitrage Isolation toiture, combles
 Mise aux normes électriques Revêtements de sol Papiers-peints/Peintures

Autres :

.....

.....

S'agit-il de travaux à caractère urgent ? (Chaudière, chauffe-eau, chauffage **HORS D'USAGE**)

OUI NON

GESTION ADMINISTRATIVE DE VOTRE PROJET DE TRAVAUX

Etes-vous autonome dans vos démarches ? OUI NON

Etes-vous accompagné par un tiers ? OUI NON

Avez-vous besoin d'un soutien dans la gestion administrative de votre projet ? OUI NON

RENSEIGNEMENTS AUTONOMIE

	Fait seul totalement et correctement	Fait partiellement de façon habituelle	Ne fait pas
Déplacements à l'intérieur du domicile <input type="checkbox"/> Canne <input type="checkbox"/> Déambulateur <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant			
Déplacements à l'extérieur du domicile <input type="checkbox"/> Canne <input type="checkbox"/> Déambulateur <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant			
Transferts (se lever, se coucher, s'asseoir)			
Toilette			
Habillage			
Préparation des repas			

Pensez-vous être isolé(e) ?

Socialement

OUI

NON

Géographiquement

OUI

NON

Familialement

OUI

NON

Je soussigné(e),, atteste sur l'honneur ne pas être bénéficiaire à ce jour de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) délivrée par le Conseil Départemental.

Fait à :

Signature du retraité

Le :

Si le dossier est directement transmis par un prestataire Habitat

Cachet du prestataire Habitat

La loi n° 78.17 du 6 janvier 1978 modifiée vous garantit un droit d'accès et de rectification pour les données que nous enregistrons à partir de vos réponses. La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (art. L 114-13 du code de la sécurité sociale, art. 313-1, 313-3, 433-19, 441-1 et 441-7 du code pénal).

En outre, l'inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement de situation ayant abouti au versement de prestations indues, peut faire l'objet d'une pénalité financière en application de l'article L 114-17 du code de la sécurité sociale.