Action sanitaire et sociale

Grille d'attribution des aides ménagères

- **Numéro Sécurité Sociale de l'Assuré(e) :**

MALADIE CHRONIQUE :

☐ A.A.H.

☐ INV.

A.L.D. :

☐ Oui

☐ Non

SORTIE D'HOSPITALISATION :

☐ Oui

☐ Non

NATURE DU HANDICAP :

☐ Physique

☐ Pyschologique

A compléter par le médecin prescripteur

Date + signature + tampon d'identification.

Merci.

- **A compléter par le médecin :**

Fait seul(e) correctement : ☐ A

Fait partiellement : ☐ B

Ne fait pas : ☐ C

AUTONOMIE :

Assume son hygiène	☐ A	☐ B	☐ C
S'habille, se déshabille	☐ A	☐ B	☐ C
Prépare les repas	☐ A	☐ B	☐ C
Se sert et mange seul(e) les aliments préparés	☐ A	☐ B	☐ C
Effectue les travaux ménagers	☐ A	☐ B	☐ C
Se déplace dans le logement	☐ A	☐ B	☐ C
Se déplace à l'extérieur, est autonome pour les courses	☐ A	☐ B	☐ C
Se déplace à l'extérieur avec un accompagnement	☐ A	☐ B	☐ C

La durée et la fréquence des interventions sont déterminées en fonction de la situation familiale et de l'état de santé du bénéficiaire.

Contact ASS

Fax : 05 61 14 92 88

Caisse Primaire d'Assurance Maladie de la Haute-Garonne
31093 Toulouse cedex 9
Tél : 36 46* - Fax : 05 61 62 05 66 - www.ameli.fr
*Prix d'un appel local depuis un poste fixe

Réf. 60.030 - 01/2016

SÉCURITÉ SOCIALE
L'Assurance Maladie
HAUTE-GARONNE