présenceverte

Fiche d'évaluation des besoins

NB : Si plus d'une personne couverte par PV au domicile, remplir une fiche par personne en ne précisant sur les suivantes uniquement les informations relatives à l'identification du futur abonné et à sa situation, puis agrafer les fiches ensemble.

Date du contact : __ __ /__ __ /__ __ __ __ **Identification du conseiller** :.....

Identification du demandeur :

Nom - Prénom:..... Lien avec le futur abonné :.....

Adresse :..... Code Postal - Commune : .....

☎ : __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ (Liste rouge : ☐ Oui ☐ Non 2ème ☎: __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

Identification du futur abonné(e) :

☐ Madame ☐ Monsieur ☐ Autre, à préciser.....

Nom :.....Prénom :.....

Date de naissance : __ __ /__ __ /__ __ __ __

☎ : __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ (Liste rouge : ☐ Oui ☐ Non 2ème ☎: __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

Adresse :.....

Etage .....Numéro de porte.....Interphone ☐ Oui ☐ Non Code porte .....

Code Postal :..... Commune : .....

Conditions d'accès.....

.....

Adresse courriel :.....@.....

Situation du futur abonné :

☐ Seul ☐ En couple ☐ Vit avec sa famille ☐ Autre : .....

Tutelle ☐ Oui ☐ Non Curatelle ☐ Oui ☐ Non

Santé :

VUE	*OUIE*	*ELOCUTION*	*MOBILITE*	*ETAT CARDIO-VASCULAIRE*	*ETAT RESPIRATOIRE*
☐ Bonne	☐ Bonne	☐ Bonne	☐ Bonne	☐ Bon	☐ Bon
☐ Moyenne	☐ Moyenne	☐ Moyenne	☐ Moyenne	☐ Moyen	☐ Moyen
☐ Mauvaise	☐ Mauvaise	☐ Mauvaise	☐ Mauvaise	☐ Mauvais	☐ Mauvais
☐ Nulle	☐ Nulle	☐ Nulle	☐ Nulle	☐ Très mauvais	☐ Très mauvais

☐ Rien à signaler ☐ Handicap; si oui, préciser.....

Si retraité :

APA	Caisses de retraite principale	Caisses de retraite complémentaire :
☐ Oui ☐ Non ☐ En cours	☐ CRAM / Régime général ☐ MSA / Régime agricole ☐ RSI / Régime social des indépendants ☐ Régimes spéciaux :..... ☐ Régimes autres :.....	☐ AGRICA-CAMARCA ☐ CPM (Caisse de Retraite du personnel des organismes sociaux et de mutualité) ☐ Autres:..... ....

Si non retraité : Y a -t-il une prestation de compensation ? ☐ Oui ☐ Non ☐ En cours

Mutuelles de santé : à préciser.....

Imposable ☐ Oui ☐ Non

Environnement du futur abonné :

Constitution du réseau de solidarité : ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Type d'habitat : ☐ Maison, avec jardin ☐ Oui ☐ Non ;

☐ Appartement, avec jardin ☐ Oui ☐ Non ; Digicode.....☐ Autre à préciser.....

Réseau téléphonique de l'abonné(e

Nombre total de téléphones..... dont DECT .....

Y a t'il un dégroupage? ☐ partiel ☐ total ☐ Non **Si oui**, quel opérateur ?.....

Existence d'une prise électrique à côté du téléphone : ☐ Oui ☐ Non

Connaissance de Présence Verte :

☐ Bouche à oreille ☐ Mairies, CCAS ☐ Prof. médicales, paramédicales

☐ Conseil Général (APA) ☐ Associations d'aide à domicile ☐ CLIC, coordinations gérontologiques

☐ Résidences pour pers âgées ☐ Caisses de retraite ☐ Club d'anciens:

☐ Médias ☐ Autre .....

Raisons de l'abonnement :

☐ Retour à domicile ☐ Agression ☐ Absence de l'entourage

☐ Besoin de sécurité, de présence ☐ Besoin de rassurer l'entourage ☐ Besoin de soulager l'aidant

☐ Chute, malaise ☐ Veuvage ☐ Autre : .....

Autres informations utiles :

.....

.....

présenceverte

Réseau de solidarité potentiel :

2 personnes minimum

Famille, amis ou voisins qui peuvent venir vous apporter de l'aide rapidement.

Intervenant n°1

Signature **(1)**

Nom : ..... Prénom : .....

Date de Naissance : __ __/__ __ / __ __ __ __

Rue/Bd .....

Code Postal..... Ville..... Dispose des clés : OUI ☐ NON ☐

Disponibilité : totale ☐ partielle ☐ nuit ☐ jour ☐ week-end ☐

Aide domicile ☐ Enfants ☐ Petits-enfants ☐ Ami ☐ Voisin ☐ Autre ☐

☎ domicile ..... ☎ travail ..... ☎ portable .....

Adresse courriel : .....@.....

Intervenant n°2

Signature **(1)**

Nom : ..... Prénom : .....

Date de Naissance : __ __/__ __ / __ __ __ __

Rue/Bd .....

Code Postal..... Ville..... Dispose des clés : OUI ☐ NON ☐

Disponibilité : totale ☐ partielle ☐ nuit ☐ jour ☐ week-end ☐

Aide domicile ☐ Enfants ☐ Petits-enfants ☐ Ami ☐ Voisin ☐ Autre ☐

☎ domicile ..... ☎ travail ..... ☎ portable .....

Adresse courriel : .....@.....

Intervenant n°3

Signature **(1)**

Nom : ..... Prénom : .....

Date de Naissance : __ __/__ __ / __ __ __ __

Rue/Bd .....

CP ..... Ville..... Dispose des clés : OUI ☐ NON ☐

Disponibilité : totale ☐ partielle ☐ nuit ☐ jour ☐ week-end ☐

Aide domicile ☐ Enfants ☐ Petits-enfants ☐ Ami ☐ Voisin ☐ Autre ☐

☎ domicile ..... ☎ travail ..... ☎ portable .....

Adresse courriel : .....@.....

pour tout intervenant complémentaire vous reporter à la page 13

Au cas où le réseau de solidarité ne serait constitué que d'amis ou voisins – Merci de noter ci-dessous les coordonnées d'un membre de la famille de l'abonné(e) :

Nom : ..... Prénom : .....

Lien de parenté avec l'abonné : .....

Date de Naissance : __ __/__ __ / __ __ __ __ ☎ domicile :

Adresse courriel : .....@.....

Médecin traitant : :

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : CP : ..... Ville : .....

☎ domicile ..... Adresse courriel : .....@.....

(1) Nous ajoutons automatiquement **en plus du réseau et du médecin**, les numéros de téléphone des services d'urgence (gendarmerie, pompiers, SAMU).