



ASSOCIATION RECONNUE D'UTILITÉ PUBLIQUE
ET HABILITÉE À RECEVOIR DES LEGS, DES
DONATIONS ET DES ASSURANCES-VIE

AIDE À DOMICILE

Les aides financières de l'association ne se substituent pas aux aides légales. Elles sont toutes soumises à une étude de la commission hebdomadaire d'aides financières et sont financées par la générosité du public.

JUSTIFICATIFS À JOINDRE A LA DEMANDE :

- ✓ Le formulaire « Demande d'aide financière » dûment complété et accompagné des justificatifs demandés (budget et attestation médicale)
- ✓ Cette annexe :
 - Si vous souhaitez une participation de l'association pour l'intervention d'une aide-ménagère 2 heures par semaine, ne complétez que la partie « Patient »
 - Si vous souhaitez une participation de l'association pour l'intervention d'une aide-ménagère 3 ou 4 heures par semaine, veuillez faire remplir la partie « Attestation médicale » par le médecin de votre CRCM
- ✓ Devis de l'aide à domicile ou relevé CESU (ou à défaut, une attestation sur l'honneur indiquant le salaire horaire net de votre aide-ménagère et précisant si vous êtes titulaire d'une carte d'invalidité)
- ✓ Dernier avis d'imposition

PATIENT :

Votre demande :

- Je souhaite bénéficier de votre participation pour l'emploi d'une aide à domicile à raison de **2 heures hebdomadaires**.

Sur critères médicaux uniquement, je souhaite que mon dossier soit évalué par la commission afin de bénéficier du financement de :

- 3 heures hebdomadaires**
- 4 heures hebdomadaires**

Afin de permettre à la commission d'évaluer au mieux votre demande, veuillez noter ci-après tous les éléments de votre situation pouvant justifier votre souhait :

.....
.....

Date Signature du patient : *Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus*

ATTESTATION MÉDICALE (UNIQUEMENT POUR LES DEMANDES SUPÉRIEURES À 2H PAR SEMAINE) :

Je soussigné(e), Docteur....., médecin au CRCM de

Certifie les informations suivantes sur l'état de santé de

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Inscrit(e) sur liste d'attente de greffe | <input type="checkbox"/> Bilan pré greffe réalisé (mais pas encore sur liste) |
| <input type="checkbox"/> Ventilation non invasive | <input type="checkbox"/> Greffé(e) depuis moins d'un an |
| <input type="checkbox"/> Oxygénothérapie (+ de 8h/jour) | <input type="checkbox"/> Oxygénothérapie à l'effort |
| <input type="checkbox"/> Nutrition parentérale | <input type="checkbox"/> Diabète insulino-dépendant |
| <input type="checkbox"/> Grossesse | <input type="checkbox"/> Polyarthrite |
| <input type="checkbox"/> Dénutrition (BMI inférieur à 18) | <input type="checkbox"/> Nutrition entérale |
| <input type="checkbox"/> Autres (précisez le degré d'impotence fonctionnelle ou de douleur engendré) : | |

.....
.....

Nombre de cases cochées

Certificat fait à la demande de l'intéressé(e) et remis en main propre pour servir et faire valoir ce que de droit.

Date : Signature et Cachet du Médecin :