

Informations administratives

GIR :

 Date d'entrée demandée :

Les aidants

Coordonnées	Nom/Prénom	Adresse	Téléphone
Personne de confiance 1			
Personne de confiance 2			
Personne de confiance 3			
Médecin traitant			
Service infirmier			
SSIAD			
Assistant-e sociale			
Autre :			
Notaire :			

Date et signature du demandeur

Cadre réservé à l'évaluation de Eléa

Date de réception du dossier de demande :/...../.....

Eléments d'évaluation de la demande :

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

Conclusions de l'évaluation en date du/...../..... :

- refus de la demande suite à évaluation
 - réponse envoyée au demandeur le/...../.....
- demande validée sur le plan médico-social
 - transmise à la Mairie de St Romain Le Puy le/...../.....
 - commission d'attribution le/...../.....
 - contrat de prestation maîtresse de maison signé le/...../.....
 - entrée prévue le/...../.....

Signature du responsable