



Évaluation des besoins des retraités et élaboration des plans d'actions personnalisés

Date de l'évaluation :

Date prévue de mise en œuvre du PAP :

Nom de la structure d'évaluation :

Nom de l'évaluateur :

N° structure d'évaluation : Téléphone :

Téléphone portable de l'évaluateur :

Courriel évaluateur :

1 Identification de la demande

► 1.1 – Identité du demandeur

Madame Monsieur

Nom de famille (*de naissance*) :

Nom d'usage (*s'il y a lieu et en majuscules*) :

Prénoms (*soulignez le prénom usuel*) :

N° de Sécurité Sociale :

Date de naissance : N° de pension CNRACL :

Adresse : Numéro : Nom de la voie :

Code postal : Commune :

Téléphone domicile : Téléphone portable :

Courriel :

Situation familiale

Célibataire Marié(e) Pacsé(e) En concubinage Divorcé(e) Séparé(e) Veuf(ve)

Autre personne à contacter :

Nom : Prénoms :

Nature du lien avec la personne :

Téléphone domicile : Téléphone portable :

► 1.2 – Nature de la demande

1^{ère} évaluation

Réexamen :

Fin de prise en charge

Suite à un changement de situation

▶ 1.3 – Demande exprimée par la personne

.....

.....

.....

.....

.....

2 ▶ Évaluation des besoins

▶ 2.1 – Conditions de vie, environnement et cadre de vie

Entourage

• Le demandeur vit :

Seul **Si oui**, depuis quand :

Avec personnes :

une de ces personnes est-elle : (cocher si Oui)

Aidante ? Oui Non

Dépendante ? Oui Non

Dans l'affirmative :

– cette personne bénéficie-t-elle d'une prise en charge financière ? Oui Non

– le retraité éprouve-t-il des difficultés à s'en occuper ? Oui Non

• Le conjoint du demandeur est-il actuellement en établissement d'accueil pour personnes âgées ?

Oui Non

Si Oui, le demandeur éprouve-t-il des difficultés de transport pour lui rendre visite ? Oui Non

• Contacts avec la famille / les amis / les voisins / des bénévoles :

	Famille	Amis	Voisins	Bénévoles
Fréquents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Occasionnels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exceptionnels / Jamais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Rôle de la famille / des amis / des voisins / des bénévoles :

	Famille	Amis	Voisins	Bénévoles
Rôle d'aidant (cocher si Oui)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires :

.....

.....

.....

.....

.....

État de santé déclaré

L'état de santé déclaré du demandeur entraîne-t-il :

- des difficultés de mobilité ? Oui Non
- des troubles de la nutrition ? Oui Non
- des troubles de la mémoire ? Oui Non
- d'autres troubles ? Oui Non

Description :

.....

.....

.....

.....

Situation de rupture

- Événement déstabilisant vécu récemment par le retraité
- Départ ou décès d'un conjoint ou d'un membre de la famille
- Dégradation subite de l'état de santé du retraité
- Retour d'hospitalisation du retraité
- Perte d'autonomie / maladie du conjoint ou d'un proche
- Entrée du conjoint en établissement
- Autre événement

Description :

.....

.....

.....

.....

Vie sociale

y a-t-il des commerces accessibles par le demandeur ? Oui Non

Le demandeur a-t-il des activités sociales (associatives, culturelles...) ? Oui Non

Y a-t-il des transports en commun accessibles par le demandeur ? Oui Non

Le demandeur fait-il ses sorties du domicile (à pied ou en véhicule)

Seul Accompagné

Si accompagné(e), est-ce plutôt par : (une seule réponse)

La famille Les voisins Autres personnes (*professionnels, bénévoles...*)

Quelle est la fréquence de ces sorties ?

Fréquentes Occasionnelles Exceptionnelles / Jamais

Commentaires :

.....

.....

.....

.....

.....

Habitat et cadre de vie

Statut du demandeur : Propriétaire Locataire Occupant à titre gratuit

Lieu du logement : Urbain Rural regroupé Rural dispersé

Type de logement : Appartement Maison individuelle Résidence, foyer

Nombre de pièces de vie :

S'agit-il de la résidence principale ? Oui Non

Si non cette habitation est-elle destinée à devenir la résidence principale dans les 12 mois suivant la fin des travaux ? Oui Non

Le logement présente des difficultés d'accessibilité ? Oui Non

Le logement semble dégradé ? Oui Non

Le logement semble être en situation de précarité énergétique ? Oui Non

Détaillez les difficultés existantes dans les différentes pièces ou à l'extérieur, les conseils dispensés et les éventuelles adaptations nécessaires :

.....

.....

.....

.....

Aides techniques préconisées : Rehausse fauteuil Rehausse WC
 Rehausse lit Planche de bains
 Siège pivotant de baignoire Tabouret de douche
 Barre d'appui Main courante
 Kit Lumineux Autres :

Une aide habitat est-elle nécessaire ? Oui Non

Un recours à l'ergothérapeute est-il à prévoir ? Oui Non

Ces travaux présentent-ils un caractère d'urgence? Oui Non

Si oui, précisez les raisons :

.....

.....

.....

.....

Le retraité accepte-t-il que ces informations soient transmises au prestataire habitat ? Oui Non

Refus de visite du logement par le retraité

► 2.2 – Grille AGGIR : activités corporelles, mentales, domestiques et sociales

Items de la Grille AGGIR		Ne fait pas	S	T	C	H	Code		Commentaires
Transferts		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Déplacement à l'intérieur		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Toilette	<i>Haut</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<i>Bas</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Élimination	<i>Urinaire</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<i>Fécale</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Habillage	<i>Haut</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<i>Moyen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<i>Bas</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cuisine		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Alimentation	<i>Se servir</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<i>Manger</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Suivi du traitement		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ménage		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Alerter		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Déplacement à l'extérieur		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Transports		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Activités du temps libre		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Achats		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gestion		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Orientation	<i>Dans le temps</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<i>Dans l'espace</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cohérence	<i>Communication</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<i>Comportement</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

GIR

► 2.3 – Synthèse des fragilités et des besoins repérés (cocher si oui)

Le demandeur vit une situation d'isolement	familial <input type="checkbox"/>	social <input type="checkbox"/>	géographique <input type="checkbox"/>
Le demandeur s'occupe au sein du foyer d'une personne dépendante et éprouve des difficultés à le faire			<input type="checkbox"/>
L'état de santé du demandeur entraîne :	<input type="checkbox"/> des difficultés de mobilité <input type="checkbox"/> des troubles de la nutrition <input type="checkbox"/> des troubles de la mémoire <input type="checkbox"/> d'autres troubles		
Le demandeur a récemment vécu un événement déstabilisant			<input type="checkbox"/>
L'habitat entraîne des risques pour la personne			<input type="checkbox"/>
Le demandeur éprouve des difficultés de mobilité entravant la réalisation des démarches extérieures			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Achats / courses <input type="checkbox"/> Démarches de santé (rdv médical...) <input type="checkbox"/> Visite à la famille ou aux amis <input type="checkbox"/> Démarches administratives			
<input type="checkbox"/> Autres, à préciser			
Le demandeur éprouve des difficultés à réaliser les actes de la vie quotidienne			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Toilette <input type="checkbox"/> Ménage <input type="checkbox"/> Autres, à préciser			
<input type="checkbox"/> Habillage <input type="checkbox"/> Cuisine			
Si le retraité relève d'un GIR 1 à 4, une orientation est à prévoir vers le Conseil général pour une éventuelle prise en charge dans le cadre de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie			
Compte-tenu de l'évaluation réalisée, un Plan d'actions personnalisé financé par la CNRACL doit-il être mis en place?			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Des conseils et recommandations sont-ils nécessaires ?			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

3 Élaboration du Plan d'action personnalisé

► 3.1 – Aides et services déjà en place (cocher si Oui)

	Commentaires	Demandeur	Cohabitant
Tâches ménagères Aide au ménage Entretien du linge Gros travaux de nettoyage	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Courses et repas Aide aux courses Aide à la préparation des repas Frais de portage de repas Repas pris en structure	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Transport Déplacements accompagnés Aide au transport	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Hygiène et mieux-être Aide aux soins d'hygiène (toilette, habillage, stimulation, pédicurie, protections urinaires) Soins infirmiers Kinésithérapeute Aide psychologique	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Assistance et sécurité Installation télé-assistance Abonnement télé-assistance Garde de nuit itinérante	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Logement et cadre de vie Petit travaux Conseils d'un ergothérapeute	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Hébergement Hébergement temporaire Accueil de jour et de nuit	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Vie sociale Sortie accompagnées Aide au maintien du lien social Aide à la gestion administrative Aide aux vacances	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Prévention Atelier collectif (mémoire, équilibre, nutrition...)	<input type="checkbox"/>	

▶ 3.2 – Plan d'actions personnalisé (demande de participation financière de la CNRACL)

Familles d'aide	Cocher si oui	Modalités de mise en œuvre et commentaires <i>(durée de prise en charge, fréquence et nombre d'heures d'intervention, coûts unitaires, nom de l'intervenant si connu...)</i>	Cocher si service rendu dans le cadre de l'aide ménagère à domicile prestataire	Priorités
Tâches ménagères Aide au ménage Entretien du linge Gros travaux de nettoyage	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Courses-repas Aide aux courses Aide à la préparation des repas Frais de portage de repas Repas pris en structure	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Accompagnement transport Déplacements accompagnés Aide au transport	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hygiène et mieux être Aide à la toilette Dépenses de protection Pédicurie Aide psychologique	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Assistance sécurité Installation télé-assistance Abonnement télé-assistance Garde de nuit itinérante	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Logement et cadre de vie Petits travaux Consultation ergothérapeute	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

Familles d'aide	Cocher si oui	Modalités de mise en œuvre et commentaires <i>(durée de prise en charge, fréquence et nombre d'heures d'intervention, coûts unitaires, nom de l'intervenant si connu...)</i>	Cocher si service rendu dans le cadre de l'aide ménagère à domicile prestataire	Priorités
Hébergement Aide à l'hébergement temporaire Accueil de jour Accueil de nuit	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Vie sociale Sorties accompagnées Aide au maintien du lien social (cotisation club...) Aide à la gestion administrative Aide aux vacances		<input type="checkbox"/>	
Prévention Atelier Mémoire Atelier équilibre Atelier Nutrition	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Total des heures mensuelles d'aide ménagère à domicile (AMD) prestataire			<input type="text"/> a	
Total des heures mensuelles d'intervention hors AMD prestataire		<input type="text"/> b		
Total du nombre d'heures d'intervention		<input type="text"/> a + b		

3.3 – Tableau estimatif de valorisation du PLAN D' ACTIONS PERSONNALISÉ

Nom Prénom N° de sécurité social	...............
Montant mensuel de ressources €
Nombre de personnes	.....
Ressources prise en compte	.....

Évaluation réalisée par	.....
Date de l'évaluation	..... / 20.....

Type d'aide	Intervenant	Début	Fin	Tarif unitaire	Quantité	Montant total
..... / 20.....	..... / 20.....	..... €	.....	..... €
..... / 20.....	..... / 20.....	..... €	.....	..... €
..... / 20.....	..... / 20.....	..... €	.....	..... €
..... / 20.....	..... / 20.....	..... €	.....	..... €
TOTAL						

Le nombre d'aides n'est pas limité à quatre ; utiliser un deuxième tableau si nécessaire.

..... / 20.....	..... / 20.....
..... € €
..... € €

Période totale de prise en charge

Participation de la caisse

Participation du retraité (*)

(*) Sous réserve des contributions susceptibles d'être versées par d'autres financeurs que la branche Retraite du régime général : régimes complémentaires, collectivités territoriales,...

Données saisies par l'évaluateur sur la base des tarifs observables localement ou indiqués par la caisse régionale

Données calculées par l'outil

▶ 3.4 – Autres conseils et préconisations

Conseils et préconisation	Précisions	Des actions sont-elles à mener ?	
<p>Mise en relation avec un réseau de bénévoles / volontaires</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>Oui <input type="checkbox"/></p>	<p>Non <input type="checkbox"/></p>
<p>Sensibilisation du voisinage</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>Oui <input type="checkbox"/></p>	<p>Non <input type="checkbox"/></p>
<p>Orientation vers un club</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>Oui <input type="checkbox"/></p>	<p>Non <input type="checkbox"/></p>
<p>Soutien aux aidants familiaux</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>Oui <input type="checkbox"/></p>	<p>Non <input type="checkbox"/></p>
<p>Intervention de professionnels médicaux et paramédicaux</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>Oui <input type="checkbox"/></p>	<p>Non <input type="checkbox"/></p>
<p>Changement de domicile</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>Oui <input type="checkbox"/></p>	<p>Non <input type="checkbox"/></p>
<p>Conseils juridiques, souscription d'une assurance complémentaire, etc.</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>Oui <input type="checkbox"/></p>	<p>Non <input type="checkbox"/></p>

► 3.6 – Observations complémentaires de l'évaluateur

Besoins exprimés ou repérés non couverts localement :

.....
.....

Actions du PAP préconisées par l'évaluateur et non retenues par le retraité :

.....
.....

Autres observations :

.....
.....

• **J'atteste** sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur cette demande par l'évaluateur.

Je déclare :

- avoir reçu l'évaluateur de la structure mentionnée ci-dessous,
- avoir pris connaissance du Plan d'actions personnalisé au cas où celui-ci m'a été proposé,
- avoir pris connaissance des mentions légales figurant sur ce dossier.

• **J'accepte** que mon dossier et l'ensemble des informations qu'il comporte soient transmis à un autre organisme conventionné avec la CNRACL pour permettre l'instruction de ma demande.

• **Je reconnais être informé(e)** qu'une vérification de l'exactitude de mes déclarations et de l'authenticité des documents produits à l'appui de ma demande, peut être effectuée dans le cadre de l'exercice du droit de communication prévu par l'article L.114-19 à L.114-21 du code de la Sécurité Sociale

Fait à :

Le / /

La loi n° 78.17 du 6 janvier 1978 modifiée vous garantit un droit d'accès de rectification pour les données que nous enregistrons à partir de vos réponses.

La loi rend passible d'amende 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, arts 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

Signature du retraité :

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

Nom et cachet de l'institution :

Signature de l'évaluateur :

Signature du responsable de la structure :

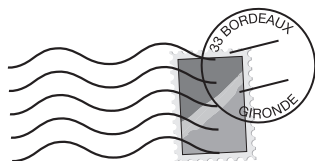
Nous contacter

► Par téléphone



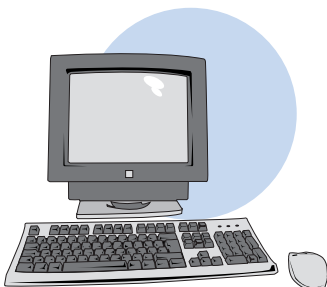
05 56 11 36 68

► Par courrier affranchi



Caisse des Dépôts
CNRACL - Fonds d'action sociale
Rue du Vergne
33059 Bordeaux cedex

► Par internet



evaluateurs.fasinfo@caissedesdepots.fr



Caisse des Dépôts
CNRACL - Fonds d'action sociale
Rue du Vergne
33059 Bordeaux cedex
Tél. 05 56 11 41 23