

► Identification du demandeur

NIR :

Nom, prénom :

Évaluation des besoins : Diagnostic de récupération : oui ☐ non ☐ GIR :

► Identification de l'établissement

Nom de l'établissement :

Nom, prénom du référent à contacter :

Courriel :

N° de téléphone :

Fax :

► Préconisations pour le retour à domicile

Type de prestation	Date de la prise en charge :
☐ Aide à domicile	Nombres d'heures : Indiquer le mode d'intervention préconisé : ☐ gré à gré ☐ madataire ☐ prestataire Indiquer le prestataire (coordonnées) :
☐ Portage de repas	Quantité :
☐ Téléalarme ☐ Blanchisserie ☐ Repassage ☐ Couture	☐ Aides techniques cannes ☐ déambulateur ☐ réhausseur wc ☐ barres d'appui ☐ siège de salle de bain ☐ autres ☐

Fait à :

Le

Cachet de l'établissement et signature :