****

|  |
| --- |
| **DOSSIER DE RENSEIGNEMENTS**  **PLAN CANICULE, INONDATION, ÉPIDÉMIOLOGIQUE, CLIMATIQUE, NUCLÉAIRE**  (Fiche à faire compléter par les personnes volontaires) |

*J’accepte que ces informations que je transmets à la Mairie de Bréhémont soient communiquées, seulement en tant que de besoin aux services préfectoraux, sociaux et médico-sociaux locaux susceptibles d’intervenir auprès de moi*.

|  |
| --- |
| ***COORDONNÉES / PERSONNE À CONTACTER*** |

NOM MARITAL : ……………………………………………………………………… NÉE : ………………………………………………………

PRÉNOM : …………………………………………………………………. DATE DE NAISSANCE : ……………………………………………….

ADRESSE : ………………………………………………………………………………………………………………… 37130 BRÉHÉMONT

N° DE TÉL : ……………………………………………………………….. N° PORTABLE : ……………………………………………………………

ADRESSE MAIL : ………………………………………………………….

Vivez-vous seul(e) OUI ⬜ NON ⬜

Si oui, y-a-t-il une ou plusieurs personnes de votre entourage à prévenir en cas d’urgence ?

NOM – PRÉNOM : …………………………………………………………………….…… LIEN DE PARENTÉ : …………………………………

ADRESSE : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

TÉL : ………………………………………………………………………….

Votre famille est-elle proche de chez vous ? OUI ⬜ NON ⬜ Eloignée à + de 30 kms ? OUI ⬜ NON ⬜

|  |
| --- |
| ***RENSEIGNEMENTS MOBILITÉ / HANDICAP / SANTÉ / VIE QUOTIDIENNE*** |

Etes-vous reconnu(e) handicapé(e) par la MDPH ? OUI ⬜ NON ⬜ Si oui, quel est votre taux de handicap ? …………

Avez-vous une pathologie chronique ? si oui laquelle : ………………………………………………………….……………

Avez-vous des capacités partielles ou incapacité d’ordre moteur à vous déplacer seul(e) ?

À l’intérieur de votre logement OUI ⬜ NON ⬜ À l’extérieur de votre logement OUI ⬜ NON ⬜

Avez-vous une aide matérielle ? Canne OUI ⬜ NON ⬜ Fauteuil roulant OUI ⬜ NON ⬜

Déambulateur OUI ⬜ NON ⬜ Autres : ……………………………………………………………………………………

Bénéficiez-vous d’une aide financière

* APA (aide personnalisée d’autonomie) OUI ⬜ NON ⬜
* Aide ménagère attribuée par une caisse de retraite  OUI ⬜ NON ⬜
* Majoration pour tierce personne  OUI ⬜ NON ⬜
* Allocation compensatrice pour tierce personne  OUI ⬜ NON ⬜
* ou autre aide : …………………………………

Bénéficiez-vous du portage de repas à domicile ? OUI ⬜ NON ⬜

Avez-vous un moyen de locomotion : Voiture OUI ⬜ NON ⬜ Vélo OUI ⬜ NON ⬜

Avez-vous des difficultés pour faire vos courses ? OUI ⬜ NON ⬜

Avez-vous rencontré des difficultés particulières lors des confinement (2020-2021) OUI ⬜ NON ⬜

Si oui, lesquelles : …………………………………………..…………………………………………………………………………….

Avez-vous des difficultés à ce jour pour la vaccination COVID : OUI ⬜ NON ⬜ Si oui, lesquelles …………………………………………………

*Êtes-vous déjà aidé(e) par un service ?*

* Présence verte OUI ⬜ NON ⬜
* Aide à la vie quotidienne OUI ⬜ NON ⬜
* Entretien ménager OUI ⬜ NON ⬜
* Service infirmier à domicile OUI ⬜ NON ⬜ si oui nom :…………………………………………………

NOM DU/DES SERVICE(S) ET ADRESSE(S) : ………………………………………………………..……………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………

Nom et Adresse de votre MÉDECIN TRAITANT : ……………………………………………………………………………….…..

N° tél du médecin traitant : …………………………………………………………………………………………………….……….…..

Avez-vous un dossier pour un hébergement (EHPAD, EHPA, FOYER) en cours ? OUI ⬜ NON ⬜

|  |
| --- |
| ***CARACTÉRISTIQUES DU LOGEMENT*** |

Êtes-vous locataire ? OUI ⬜ NON ⬜ Êtes-vous propriétaire ? OUI ⬜ NON ⬜

Avez-vous un système de climatisation dans votre maison ? OUI ⬜ NON ⬜

OBSERVATIONS

Si vous souhaiter apportez des informations complémentaires sur votre besoin d’aide : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Fait à BRÉHÉMONT, le …………………………………………….. 2021.

Signature,

*MAJ juin 2021*