

Nom - Prénom
 Adresse
 Date de naissance
 Téléphone

A- Vivez-vous seul(e) ? OUI NON
 (Les personnes en couple ne sont pas considérées comme vivant seules)

B- Avez-vous de la famille proche ? OUI NON

C- Recevez-vous régulièrement des visites ? OUI NON
 Si oui, en est-il de même l'été ? OUI NON

D- Êtes-vous bénéficiaire d'un service de maintien à domicile ou d'une aide du département ? OUI NON

Si oui, lequel ?

- ADMR
- Soins Infirmiers
- SAD vallée Arve
- téléalarme
- autre

E- Votre logement :

- est-il adapté à votre niveau de motricité ? OUI NON
- est-il équipé de volets / stores ? OUI NON
- d'un ascenseur ? OUI NON
- d'un code d'accès ? OUI NON
- est-il situé en étage ? OUI (lequel) NON

F- Acceptez-vous de figurer sur la liste officielle des personnes susceptibles d'être aidées ? OUI NON

Partie à remplir uniquement si vous avez répondu oui à la question F :

Personnes à contacter par ordre de priorité (indiquer nom - téléphone - parenté) :

- 1 -
- 2 -
- 3 -

Périodes auxquelles vous êtes susceptible(s) de vous absenter de votre domicile :

.....

Médecin traitant : Docteur Ville

Date, signature