

## FICHE DE RENSEIGNEMENT HANDI TAXI

**Date de constitution :**     /     /

**Origine de la demande :**

*Comment le service Handi Taxi a-t-il été connu ?*

**Identité de la personne concernée :**

**Nom :**

**Prénom:**

**Age :**

**Date de naissance :**     /     /

**Adresse :**

**Tel :**

Véhicule

**Logement :**

Locataire     Propriétaire     Hébergé(e)     Autre : (préciser)

Situation familiale :     En couple     Divorcé(e)     Veuf(ve)

Vit Seul(e) :     OUI     NON

Mesure de protection :     NON     En cours     Curatelle     Tutelle

**Famille/ Aidant /Représentant légal à contacter :**

Qualité :  Fille     Fils     Autre préciser :

Nom :

Prénom :

Age :

Véhicule :  OUI     NON

Tel :

Adresse / Ville :

83400 HYERES

**Carte MDPH :**

Carte d'invalidité sup. à 80%     Demande en cours de renouvellement

Carte d'invalidité ou de priorité inf. à 80%     Carte de stationnement

Carte d'invalidité avec mention d'accompagnement

**Expression des attentes et besoins de la personnes concernées :**

**Suivi Médical :**

Médecin traitant :

Nom : Prénom :

Adresse / Ville :

TEL :

<b>Service d'aide à domicile:</b> <input type="radio"/> NON	
<input type="radio"/> OUI Préciser Le Nom:	
<b><u>Type d'aide :</u></b>	<b><u>Prise en charge :</u></b>
<input type="radio"/> Ménage	<input type="radio"/> APA GIR :
<input type="radio"/> Aide aux courses	<input type="radio"/> Caisse de retraite,Préciser : _
<input type="radio"/> Sorties	<input type="radio"/> MDPH,Préciser la prestation (PCH, Tierce personne...):
<input type="radio"/> Administrative	<input type="radio"/> Aide Sociale ( Assistant Social):
<input type="radio"/> Autres, Préciser :	

**Aide(s) Transport :** OUI  NON MDPH Chèques Sortir Plus Autres, Préciser :**Aide(s) technique(s) :**  OUI  NON

Appareillages, Préciser :

 Canne(s) Déambulateurs Fauteuil roulant (manuel) Fauteuil électrique Oxygène Télé ALARME Portage de repas**Aspect Financiers :**

Montant déclaré N-1 :

Imposable :  OUI  NON**Type de Ressources :** AAH Retraite carsatASPA  OUI  NON **Autres, Préciser :**

## **CRITERES DE FRAGILITE**

- Problèmes dans les actes essentiels de la vie (se nourrir, se vêtir, se laver, se déplacer, ...)
- Problèmes dans les activités de la vie domestique (courses, ménage, ...)
- Épuisement et/ou absence d'aidant
- Isolement social ou familial
- Aides insuffisantes ou inadaptées au domicile
- Isolement géographique
- Troubles sensoriels (baisse de la vue, de l'ouïe...)

### **Fiche constituée par :**

- La personne est informée et accepte que les informations recueillies soient transmises à la commission pour étude du dossier.

### **Signature du demandeur :**

### **Préconisation de l'agent d'accueil :**

- Réorientation Service Social
- Autres, Préciser :

### **Commentaires :**

---

## **CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION**

### **Décision prise le :**

- Refus
- En attente
- Réorientation Service Social

### **Favorable**

- Course** Rapide
- Accompagnement
- Matin
- Après-midi

### **Fréquence accordée :**

ELUE Adjointe au Social et aux Personnes Agées : NOM \_\_\_\_\_

### **SIGNATURE :**

### **Retour d'information au demandeur par courrier:**

Date :

*Il est précisé au demandeur que l'accord est valable sous réserve d'une modification de la situation de la personne et ré évaluable chaque année.*