

FORMULAIRE DE DEMANDE POUR UNE AIDE À DOMICILE

Merci de répondre aux questions de ce formulaire et de le retourner accompagné des CGV paraphées et signées

1/ La personne référente au dossier (Famille /Tuteur /Responsable civil/ Procuration générale)	
<p>Nom :</p> <p>Prénom :</p> <p>Téléphone :</p> <p>Courriel @ :</p> <p>Adresse :</p> <p>Lien :</p> <p>Tutelle : <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI Si oui, merci à préciser l'organisme : </p> <p>Procuration générale (date de l'acte notaire)</p>	
<p>Coordonnées pour la facturation des frais de recrutement :</p> <p><input type="checkbox"/> Identiques à celles mentionnées sur le chèque</p> <p><input type="checkbox"/></p>	
<p>Connaissez – vous la réglementation du service à la personne / CESU :</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, j'en ai déjà l'employé(e)</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p>	
2/ Domicile / Logement / Nombre de personne(s) à charge	
<p>Lieu de travail /L'adresse :</p>	
<p>Nombre de personne (s) à domicile :</p> <p><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Nombre de personne (s) à charge confiée(s) à l'aide a domicile :</p> <p><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2</p> <p><input type="checkbox"/> Une personne à charge, deuxième personne est autonome</p> <p><input type="checkbox"/> Une personne à charge, deuxième uniquement repas/linge /repassage</p> <p>.....</p>	
<p>Votre logement :</p> <p><input type="checkbox"/> Appartement</p> <p><input type="checkbox"/> Appartement avec l'ascenseur</p> <p><input type="checkbox"/> Villa</p> <p><input type="checkbox"/> Jardin</p> <p><input type="checkbox"/> Piscine</p> <p><input type="checkbox"/> Animaux domestiques (à l'intérieur) Chat <input type="checkbox"/> Chien <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>.....</p> <p><input type="checkbox"/> Commerce de proximité</p> <p><input type="checkbox"/> Marchand ambulant</p>	<p>Logement proposé au/ à la futur salarié (e) :</p> <p><input type="checkbox"/> Une chambre séparée</p> <p><input type="checkbox"/> Sanitaires communes</p> <p><input type="checkbox"/> Un studio</p> <p><input type="checkbox"/> Un appartement séparé</p> <p><input type="checkbox"/> Sanitaires individuels</p> <p><input type="checkbox"/> Accès à la piscine</p> <p><input type="checkbox"/> Accès d'internet : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Possible d'installer</p>

3/ Description de la/des personne (s) pour laquelle/lesquelles vous faites la demande
État de santé / Informations relatives / Habitudes

Uniquement pour une personne

Nom :
Prénom :
L'âge :
Poids :

1)Protection hygiéniques :

- Oui
- Non
- Oui (uniquement la nuit)

2)La mobilité de la personne :

- Marche seul (e)
- Déambulateur
- Canne
- Aide humaine
- Fauteuil confort pendant la journée
- Chaise roulante
- Alitée

3)La personne dort la nuit :

- Oui
- Oui, sous traitement
- Oui, mais avec beaucoup de difficultés
- Non, sommeil très compliqué lié avec maladie
- Non, surveillance obligatoire (travail de nuit)

4) Maladie : OUI NON

- Alzheimer**
- Légère Modérée Avancée
- Parkinson**
- Légère Modérée Avancée
- AVC**
- Démence**
- Dépression**.....
- Problèmes cognitifs :**
- Fracture du col du fémur**
- Allergie alimentaire**
- Régime particulière :**
- Diabète** **Sans gluten**
- Végétarienne / Végane**

Pour 2 -ème personne, si c'est le cas

Nom :
Prénom :
L'âge :
Poids :

1)Protection hygiéniques :

- Oui
- Non
- Oui (uniquement la nuit)

2)La mobilité de la personne :

- Marche seul (e)
- Déambulateur
- Canne
- Aide humaine
- Fauteuil confort pendant la journée
- Chaise roulante
- Alitée

3)La personne dort la nuit :

- Oui
- Oui, sous traitement
- Oui, mais avec beaucoup de difficultés
- Non, sommeil très compliqué lié avec maladie
- Non, surveillance obligatoire (travail de nuit)

4) Maladie : OUI NON

- Alzheimer**
- Légère Modérée Avancée
- Parkinson**
- Légère Modérée Avancée
- AVC**
- Démence**
- Dépression**.....
- Problèmes cognitifs :**
- Fracture du col du fémur**
- Allergie alimentaire**
- Régime particulière :**
- Diabète** **Sans gluten**
- Végétarienne / Végane**

- Cancer (préciser) :**
.....
.....
- Handicap mentale**
- Handicap physique**
.....
- Autre :**
.....
.....

Personnalité/ Caractère

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

Métier exercé

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

Centre d'intérêts /Passions

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

- Cancer (préciser) :**
.....
.....
- Handicap mentale**.....
- Handicap physique**
.....
- Autre :**
.....
.....

Personnalité / Caractère

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

Métier exercé

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

Centre d'intérêts /Passion

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

Équipement à domicile (possibilité d'obtenir du matériel médical sur l'ordonnance) :

1) Lit médicalisé :

- Oui
- Non
- Non, mais installation possible

2) Levé personne (transfert) :

- Oui
- Non
- Non, mais installation possible

3) Fauteuil confort :

- Oui
- Non
- Non, mais installation possible

4) D'autres :

Passage IDE par jour : 1 2 3 Autre

Passage Kiné par semaine : 1 2 3 Autre

4. Les conditions de travail proposées et les exigences concernant le/la futur candidat(e)

Les tâches et responsabilités qui seront confiées au futur employé(e) :

- Accompagnement dans tous les gestes de la vie quotidienne
- Ménage, linge, repassage
- Préparations des repas
- Aide à prise des repas
- Réalisation des gestes d'hygiène corporelle (Uniquement le changement des protections hygiéniques) ***
- Courses
- Promenade
- Sorties en véhicule
- Visites chez le médecin, coiffeur, etc.
- Accompagnement aux activités extérieures (Club d'échecs, Club de peinture, Amicale...)

***soins de nursing fait par IDE

Quel est le montant du salaire que vous proposez en NET (hors charges sociales) ?

..... EUR / Net par mois

(Conseille possible à l'agence en fonction de vos exigences et besoins)

***Renseignement CESU ou CTC pour les bénéficiaires de L'APA

***Possible réduction d'impôt

Quel type de contrat souhaitez -vous proposer au futur employé (e) ?

- CDI
- CDD (préciser la date exacte) DU .../.../.... AU.../...../... **Prime de précarité de 10% à la fin de contrat**

Date de début (souhaitée) :

- Dès que possible
- Urgent (Les frais supplémentaires spécifié sur CGV page 3/ Art. 3.1)

Langues de préférence :

- Italien Français Anglais Allemand Espagnol

Vaccination complète Covid :

- Oui Non De préférence

Permis de conduire (uniquement si la voiture mis à disposition par l'employeur) :

- Oui, obligatoirement
- Non
- De préférence, mais pas nécessaire

Quelles compétences particulières recherchez-vous chez le/la candidat (e) ?

.....
.....

FRAIS ANNEXES :

° Si le recrutement se fait à l'étranger, une participation d'un montant de 150€ sera exigée et payable directement au/ à la salarié(e), après une période consécutive d'un mois d'essai.

° Si Dossier urgent : 300€

J'en ai pris connaissance et en assume les frais

Signature : précédée de la mention « lu et approuvé »

.....

Fait à :

Le :/...../.....

*** Consultation des tarifs sur le contrat (CGV) Merci d'envoyer ce formulaire de demande par courriel ou par lettre accompagné du règlement correspondant à : eurotransak@gmail.com / EUROTRANS AK, ERBAJOLO 20600 BASTIA