

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 signée

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>Votre logement :</p> <p><input type="checkbox"/> Appartement au RDC</p> <p><input type="checkbox"/> Appartement auétage</p> <p><input type="checkbox"/> Appartement avec l'ascenseur</p> <p><input type="checkbox"/> Villa / Maison</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"/> Oui <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	Pour 2 -ème personne, si c'est le cas
<p>Nom :</p> <p>Prénom :</p> <p>L'âge :</p> <p>Poids :</p> <p>Langue parlée :</p> <p><input type="checkbox"/> Italien <input type="checkbox"/> Corse</p> <p><input type="checkbox"/> Français</p> <p><input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Allemand <input type="checkbox"/> Espagnol</p> <p><input type="checkbox"/> Personne ne communique plus</p> <p><input type="checkbox"/> Personne sourde</p> <p>1)Protection hygiéniques :</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Oui (uniquement la nuit)</p> <p>2)La mobilité de la personne :</p> <p><input type="checkbox"/> Marche seul (e)</p> <p><input type="checkbox"/> Déambulateur</p> <p><input type="checkbox"/> Canne</p> <p><input type="checkbox"/> Aide humaine</p> <p><input type="checkbox"/> Fauteuil confort pendant la journée</p> <p><input type="checkbox"/> Chaise roulante</p> <p><input type="checkbox"/> Alitée</p> <p>3)La personne dort la nuit :</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, sous traitement</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, mais avec beaucoup de difficultés</p> <p><input type="checkbox"/> Non, sommeil très compliqué liés avec maladie</p> <p><input type="checkbox"/> Non, surveillance obligatoire (travail de nuit)</p>	<p>Nom :</p> <p>Prénom :</p> <p>L'âge :</p> <p>Poids :</p> <p>Langue parlée :</p> <p><input type="checkbox"/> Italien <input type="checkbox"/> Corse</p> <p><input type="checkbox"/> Français</p> <p><input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Allemand <input type="checkbox"/> Espagnol</p> <p><input type="checkbox"/> Personne ne communique plus</p> <p><input type="checkbox"/> Personne sourde</p> <p>1)Protection hygiéniques :</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Oui (uniquement la nuit)</p> <p>2)La mobilité de la personne :</p> <p><input type="checkbox"/> Marche seul (e)</p> <p><input type="checkbox"/> Déambulateur</p> <p><input type="checkbox"/> Canne</p> <p><input type="checkbox"/> Aide humaine</p> <p><input type="checkbox"/> Fauteuil confort pendant la journée</p> <p><input type="checkbox"/> Chaise roulante</p> <p><input type="checkbox"/> Alitée</p> <p>3)La personne dort la nuit :</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, sous traitement</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, mais avec beaucoup de difficultés</p> <p><input type="checkbox"/> Non, sommeil très compliqué liés avec maladie</p> <p><input type="checkbox"/> Non, surveillance obligatoire (travail de nuit)</p>
<p>4) Maladie : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p>	<p>4) Maladie : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p>
<p><input type="checkbox"/> Alzheimer</p> <p><input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Avancée</p> <p><input type="checkbox"/> Parkinson</p> <p><input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Avancée</p> <p><input type="checkbox"/> AVC</p> <p><input type="checkbox"/> Démence</p> <p><input type="checkbox"/> Dépression.....</p> <p><input type="checkbox"/> Problèmes cognitifs :</p> <p><input type="checkbox"/> Fracture du col du fémur</p> <p><input type="checkbox"/> Allergie alimentaire</p> <p><input type="checkbox"/> Régime particulière :</p> <p><input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Sans gluten</p> <p><input type="checkbox"/> Végétarienne / Végane</p> <p>.....</p>	<p><input type="checkbox"/> Alzheimer</p> <p><input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Avancée</p> <p><input type="checkbox"/> Parkinson</p> <p><input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Avancée</p> <p><input type="checkbox"/> AVC</p> <p><input type="checkbox"/> Démence</p> <p><input type="checkbox"/> Dépression.....</p> <p><input type="checkbox"/> Problèmes cognitifs :</p> <p><input type="checkbox"/> Fracture du col du fémur</p> <p><input type="checkbox"/> Allergie alimentaire</p> <p><input type="checkbox"/> Régime particulière :</p> <p><input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Sans gluten</p> <p><input type="checkbox"/> Végétarienne / Végane</p> <p>.....</p>

<input type="checkbox"/> Cancer (préciser) : <input type="checkbox"/> Handicap mentale <input type="checkbox"/> Handicap physique <input type="checkbox"/> Autre : <div style="border: 1px solid black; background-color: #f8d7da; padding: 2px; margin: 5px 0;">Personnalité/ Caractère</div> <div style="border: 1px solid black; background-color: #f8d7da; padding: 2px; margin: 5px 0;">Métier exercé avant la retraite</div> <div style="border: 1px solid black; background-color: #f8d7da; padding: 2px; margin: 5px 0;">Centre d'intérêts /Passions</div>	<input type="checkbox"/> Cancer (préciser) : <input type="checkbox"/> Handicap mentale <input type="checkbox"/> Handicap physique <input type="checkbox"/> Autre : <div style="border: 1px solid black; background-color: #f8d7da; padding: 2px; margin: 5px 0;">Personnalité / Caractère</div> <div style="border: 1px solid black; background-color: #f8d7da; padding: 2px; margin: 5px 0;">Métier exercé avant la retraite</div> <div style="border: 1px solid black; background-color: #f8d7da; padding: 2px; margin: 5px 0;">Centre d'intérêts /Passion</div>
Équipement à domicile (possibilité d'obtenir du matériel médical sur l'ordonnance) : 1) Lit médicalise : <input type="checkbox"/> Oui, déjà en place <input type="checkbox"/> Non, pas besoin <input type="checkbox"/> Non, mais installation possible 2) Le lève personne (ex. pour faire le transfert du lit au fauteuil) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non, mais installation possible 3) Fauteuil confort : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non, mais installation possible 4) Présence des caméras de surveillance dans la zone du travail respectant la réglementation de la loi informatique et libertés : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non 5) D'autres :	
Passage IDE par jour : <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Autre Passage Kiné par semaine : <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Autre Passage HAD : <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 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) :

- Ménage / Non, Déjà femme de ménage en place /
- Linge, repassage
- Préparations des repas
- Aide à prise des repas
- Réalisation des gestes d'hygiène corporelle (Uniquement le changement des protections hygiéniques) ***
- Courses / Courses faites par la famille / DRIVE avec la livraison à domicile
- Promenade dans le jardin / sur le balcon
- 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/ hors congés inclus) ?..... EUR / Net par mois
(Conseille possible à l'agence en fonction de vos exigences et vos 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 CDD conforme au Code du Travail)

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

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

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

Véhicule mise à disposition : MarqueModel

- Boite manuelle Boite automatique

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, STRADA DI L'ONDA 90, 20620 BIGUGLIA