

**FORMULAIRE DE DEMANDE POUR UNE AIDE À DOMICILE**

Merci de répondre aux questions de ce formulaire afin de comprendre vos besoin dans le processus du recrutement

<b>1/ La personne référente au dossier (Famille /Tuteur /Responsable civil/ Procuration générale)</b>	
<p><b>Nom :</b> .....</p> <p><b>Prénom :</b> .....</p> <p><b>Téléphone :</b> .....</p> <p><b>Courriel @ :</b> .....</p> <p><b>Adresse :</b> .....</p> <p><b>Lien :</b> .....</p> <p><b>Tutelle :</b>   <input type="checkbox"/> <b>NON</b>   <input type="checkbox"/> <b>OUI</b>   Si oui, merci à préciser l'organisme :  .....</p> <p><b>Procuration générale (date de l'acte notaire)</b> .....</p>	
<p><b>Coordonnés pour la facturation des frais de recrutement :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Identiques à celles mentionnées sur le chèque</p> <p><input type="checkbox"/> .....</p>	
<p><b>Connaissez – vous la réglementation du service à la personne / CESU :</b></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>	
<b>2/ Domicile / Logement / Nombre de personne(s) à charge</b>	
<p><b>Lieu de travail /L'adresse :</b></p>	
<p><b>Nombre de personne (s) à domicile :</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1   <input type="checkbox"/> 2   <input type="checkbox"/> 3</p> <p><b>Nombre de personne (s) à charge confiée(s) à l'aide a domicile :</b></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><b>Votre logement :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Appartement au RDC</p> <p><input type="checkbox"/> Appartement au .....étage</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><b>Logement proposé au/ à la futur salarié (e) :</b></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><b>Nom :</b> .....</p> <p><b>Prénom :</b> .....</p> <p><b>L'âge :</b> .....</p> <p><b>Poids :</b> .....</p> <p><b>Langue parlée :</b>  <input type="checkbox"/> Italien <input type="checkbox"/> Corse  <input type="checkbox"/> Français  <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Allemand <input type="checkbox"/> Espagnol  <input type="checkbox"/> Personne ne communique plus  <input type="checkbox"/> Personne sourde</p> <p><b>1)Protection hygiéniques :</b>  <input type="checkbox"/> Oui  <input type="checkbox"/> Non  <input type="checkbox"/> Oui (uniquement la nuit)</p> <p><b>2)La mobilité de la personne :</b>  <input type="checkbox"/> Marche seul (e)  <input type="checkbox"/> Déambulateur  <input type="checkbox"/> Canne  <input type="checkbox"/> Aide humaine  <input type="checkbox"/> Fauteuil confort pendant la journée  <input type="checkbox"/> Chaise roulante  <input type="checkbox"/> Alitée</p> <p><b>3)La personne dort la nuit :</b>  <input type="checkbox"/> Oui  <input type="checkbox"/> Oui, sous traitement  <input type="checkbox"/> Oui, mais avec beaucoup de difficultés  <input type="checkbox"/> Non, sommeil très compliqué liés avec maladie  <input type="checkbox"/> Non, surveillance obligatoire (travail de nuit)</p>	<p><b>Nom :</b> .....</p> <p><b>Prénom :</b> .....</p> <p><b>L'âge :</b> .....</p> <p><b>Poids :</b> .....</p> <p><b>Langue parlée :</b>  <input type="checkbox"/> Italien <input type="checkbox"/> Corse  <input type="checkbox"/> Français  <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Allemand <input type="checkbox"/> Espagnol  <input type="checkbox"/> Personne ne communique plus  <input type="checkbox"/> Personne sourde</p> <p><b>1)Protection hygiéniques :</b>  <input type="checkbox"/> Oui  <input type="checkbox"/> Non  <input type="checkbox"/> Oui (uniquement la nuit)</p> <p><b>2)La mobilité de la personne :</b>  <input type="checkbox"/> Marche seul (e)  <input type="checkbox"/> Déambulateur  <input type="checkbox"/> Canne  <input type="checkbox"/> Aide humaine  <input type="checkbox"/> Fauteuil confort pendant la journée  <input type="checkbox"/> Chaise roulante  <input type="checkbox"/> Alitée</p> <p><b>3)La personne dort la nuit :</b>  <input type="checkbox"/> Oui  <input type="checkbox"/> Oui, sous traitement  <input type="checkbox"/> Oui, mais avec beaucoup de difficultés  <input type="checkbox"/> Non, sommeil très compliqué liés avec maladie  <input type="checkbox"/> Non, surveillance obligatoire (travail de nuit)</p>
<p><b>4) Maladie :</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Alzheimer</b>  <input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Avancée</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Parkinson</b>  <input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Avancée</p> <p><input type="checkbox"/> <b>AVC</b> .....</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Démence</b> .....</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Dépression</b>.....</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Problèmes cognitifs :</b> .....</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Fracture du col du fémur</b> .....</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Allergie alimentaire</b> .....</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Régime particulière :</b> .....</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Diabète</b> <input type="checkbox"/> <b>Sans gluten</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Végétarienne / Végane</b></p> <p>.....</p>	<p><b>4) Maladie :</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Alzheimer</b>  <input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Avancée</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Parkinson</b>  <input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Avancée</p> <p><input type="checkbox"/> <b>AVC</b> .....</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Démence</b> .....</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Dépression</b>.....</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Problèmes cognitifs :</b> .....</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Fracture du col du fémur</b> .....</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Allergie alimentaire</b> .....</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Régime particulière :</b>  <input type="checkbox"/> <b>Diabète</b> <input type="checkbox"/> <b>Sans gluten</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Végétarienne / Végane</b></p> <p>.....</p>



#### 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 : Marque .....Model .....

- 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](mailto:eurotransak@gmail.com) /

EUROTRANS AK, Strada di l'ONDA 20620 BIGUGLIA