

1. LA PERSONNE RÉFÉRENTE AU DOSSIER (FAMILLE /TUTEUR /RESPONSABLE CIVIL / PROCURATION

Nom/ Prénom

Tel :

Adresse postal :

Email :

Lien :

Tutelle/ Procuration :

OUI NON EN COURS

Personne de confiance a contacter en cas de problèmes qui réside dans la proximité / son portable:

2. DOMICILE / LOGEMENT / CONDIDTION D'HÉBERGEMENT

Lieu de travail / L'adresse exacte / Chez M ou Mme

RUE / LIEU DIT / BAT / Village

Code Postal

Ville / Village

Logement et la proximité concernant le lieu de travail :

- Villa / Maison individuelle
 Appartement au rez-de-chaussée
 Appartement auétage
 Appartement avec l'ascenseur
 Jardin Piscine
 Animaux domestiques (à l'intérieur) Chat Chien
 Commerce de proximité Pharmacie Boulangerie Marchand ambulant
 L'arrêt de bus moins 1 km Voisinage

Logement et équipements proposé au à la futur salarié (e):

- Une chambre séparée et les sanitaires communes
- Une chambre séparée et les sanitaires individuels
- Un appartement séparé Un studio
- Accès à la piscine
- Accès dans le jardin Possible d'installer Un forfait internet sera mise a disposition
- Accès d'internet
- TV dans la chambre Accès a la climatisation

3. Description de la /des personne(S) (pour laquelle /les quelles vous faites la demande État de santé / Informations relatives a la personne et ses habitudes

Nombre de personnes a domicile : 1 2

Nombre de personnes a charge : 1 2

- Une personne a charge, deuxième est autonome
- Une personne a charge, deuxième uniquement repas /linge / repassage
-

Personne 1

Personne 2 si c'est le cas

Nom:

Nom:

Prénom:

Prénom:

L'âge:

L'âge:

Poids:

Poids:

Langue parlées :

Langue parlées :

- Français Italien Corse
- Allemand Anglais Espagnole
- Personne ne communique plus
- Personne sourde
-

- Français Italien Corse
- Allemand Anglais Espagnole
- Personne ne communique plus
- Personne sourde
-

Métier exerce avant la retraite

Métier exerce avant la retraite

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

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

Personnalité / Caractère

Personnalité / Caractère

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

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

Centre d'intérêt /passions avant la maladie / dans le passe

Centre d'intérêt /passions avant la maladie / dans le passe

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

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

Protection hygiéniques

- Oui Non Oui, uniquement la nuit

La mobilité

- Marche seul (e)
- Déambulateur
- Canne
- Aide humaine
- Fauteuil confort pendant la journée
- Chaise roulante
- Poids mort
- Aide avec les jambes
- Aide avec les les bras
- Alitée

La personne dort la nuit :

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

Maladie /pathologie / handicap

- Aucune maladie Âge avancé
- Alzheimer légère modérée avancée
- Parkinson légère modérée avancée
- AVC
- Démence
- Dépression
- Problèmes cognitifs:

- Fracture col de fémur
- Bassin fracturé
- Diabète type.....
- Cancer
- Handicap mentale.....
- Handicap physique
- Régime particulière :
- Sans gluten
- Végétarienne / Végane

Autre:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Protection hygiéniques

- Oui Non Oui, uniquement la nuit

La mobilité

- Marche seul (e)
- Déambulateur
- Canne
- Aide humaine
- Fauteuil confort pendant la journée
- Chaise roulante
- Poids mort
- Aide avec les jambes
- Aide avec les bras
- Alitée

La personne dort la nuit :

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

Maladie /pathologie / handicap

- Aucune maladie Âge avancé
- Alzheimer : légère modérée avancée
- Parkinson : légère modérée avancée
- AVC
- Démence
- Dépression
- Problèmes cognitifs:

- Fracture col de fémur
- Bassin fracturé
- Diabète type :
- Cancer.....
- Handicap mentale.....
- Handicap physique.....
- Régime particulière :
- Sans gluten
- Végétarienne / Végane

Autre:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Capacité de la personne en générale :

- Mange seul
- Boire seul
- Éplucher des fruit / des légumes
- Autonome pour aller au toilette
- Autonome pour se laver
- Tenir conversation logique
- Décider pour le repas
- Décider pour le budget des cours
- Sorti /promenade étant accompagnée
- Écrire /faire le dessin

Capacité de la personne en générale :

- Mange seul
- Boire seul
- Éplucher des fruit /des légumes
- Autonome pour aller au toilette
- Autonome pour se laver
- Tenir conversation logique
- Décider pour le repas
- Décider pour le budget des cours
- Sorti /promenade étant accompagnée
- Écrire /faire le dessin

4. Équipement médical a domicile (possibilité d'obtenir du matériel sur ordonnance)

***** 1 pour la première personne, 2 pour la deuxième si c'est le cas**

Lit médicalise : Oui 1 / 2 Non, pas besoin 1 / 2 Non , mais l'installation possible 1 / 2

Verticalisateur/ Transfert (Ex. pour faire le transfert du lit au fauteuil si la personne ne plus en mesure de se déplacer tout seul ou salarié est affronter de porter du poids mort) :

Oui : 1 / 2 Non, pas besoin : 1 / 2 Non , mais l'appareille sera mis a disposition: 1/2

Fauteuil confort : Oui 1 / 2 Non, pas besoin: 1/ 2 Non , mais l'installation possible : 1/2

5. Passage et suivi médical

Passage des infirmier(es) IDE par jour : 1 2 3

La toilette faite par infirmières: OUI NON ou par personnel extérieure : OUI NON

La toilette faite par soit même : OUI NON

Passage de Kiné par semaine : 1 2 3

Passage HAD : OUI NON 1 2 3 Autre :.....

6. Les conditions de travail et les attentes vers le/la futur candidat(e):

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

- Ménage Non, déjà une femme de ménage en place
- Linge /repassage
- Préparations des repas
- Aide à la prise de repas
- Changement des protections hygiéniques et aide au hygiène
- Courses / Courses faites par la famille / DRIVE avec la livraison à domicile
- Promenade dans le jardin / sur le balcon
- Sorties en véhicule (**uniquement si véhicule mise en disposition**)
- Visites chez le médecin, coiffeur, etc.
- Accompagnement aux activités extérieures (Club d'échecs, Club de peinture, Amicale...)

.....
.....

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

Connaissez vous la réglementation du service à la personne / CESU : OUI NON

Bénéficiez - vous l'aide de la Collectivité Territoriale L'APA : OUI NON Demande en cours

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)

Quel est le montant du salaire que vous proposez en NET ? EUR/ Mois

Pour connaître le montant de charges sociales et des exonérations possibles vous pouvez contacter nr tel CESU URSSAF 0 806 80 23 78

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

***Possible réduction d'impôt

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

Langues de préférence :

Italien Français Anglais Allemand Espagnol Autre

Acceptez vous un /une candidate avec un petit animal domestique :

OUI NON

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 20620 BIGUGLIA