

MIEUX REFERENCER VOTRE SERVICE A DOMICILE DANS NOTRE ANNUAIRE

(Vous pourrez avoir à cocher plusieurs cases par question)

Nom de la structure/entité :

Nom du directeur :

Adresse :

CP : **Ville :**

Tél. : **Fax :** **e-mail :**@.....

Site Internet :

Statut du service : public hospitalier public territorial privé associatif privé commercial

Organisme gestionnaire :

Appartenance à un groupe : oui non Si oui, lequel :

Type de services proposés :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Aide à la vie quotidienne
<input type="checkbox"/> Soins infirmiers
<input type="checkbox"/> Hospitalisation à domicile
<input type="checkbox"/> Accueil temporaire
<input type="checkbox"/> Accueil de jour
<input type="checkbox"/> Garde itinérante de nuit
<input type="checkbox"/> Garde de nuit
<input type="checkbox"/> Groupe de paroles
<input type="checkbox"/> Autres services proposés, précisez : | <input type="checkbox"/> Mandataire
<input type="checkbox"/> Prestataire
<input type="checkbox"/> Bricolage

<input type="checkbox"/> Accompagnement administratif
<input type="checkbox"/> Accompagnement dossier APA |
|---|---|

Secteur couvert : (n° départements, villes)

Agrément simple : n° **délivré par :** **le**

Agrément qualité : n° **délivré par :** **le**

Agrément qualité CNAV n° **délivré par :** **le**

Certification NF

- Personnes suivies :** valides-autonomes (ex. Gir 5/6) semi-valides/handicap léger (ex. Gir 3/4)
 dépend./handicap physique important (Gir 1/2) handicap psychique, alzheimer. et désorientés
 personnes handicapées vieillissantes

Tarifications :

En € TTC par jour	Tarif Mandataire	Tarif Prestataire
Tarif Horaire aide à domicile		
Forfait journalier Soins à domicile		
Tarif horaire de nuit		
Tarif horaire dimanche et jours fériés		
Autres tarifs		

Accords particuliers :

Agrément CNAV
Caisses de retraite
Mutuelles...

Encadrement/personnel :

Nbr. de salariés dans le service:..... temps plein temps partiel soit ETP (Equivalents Temps Pleins)

Encadrement/direction	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	si oui	<input type="checkbox"/> tps plein	<input type="checkbox"/> tps partiel	<input type="checkbox"/> libéraux	<input type="checkbox"/> bénévole
Coordinateur Aide à domicile	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	si oui	<input type="checkbox"/> tps plein	<input type="checkbox"/> tps partiel	<input type="checkbox"/> libéraux	<input type="checkbox"/> bénévole
Coordinateur Infirmier	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	si oui	<input type="checkbox"/> tps plein	<input type="checkbox"/> tps partiel	<input type="checkbox"/> libéraux	
infirmière diplômée d'état	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	si oui	<input type="checkbox"/> tps plein	<input type="checkbox"/> tps partiel	<input type="checkbox"/> libéraux	
Aides soignants	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	si oui	<input type="checkbox"/> tps plein	<input type="checkbox"/> tps partiel		
Auxiliaires de vie sociale	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	si oui	<input type="checkbox"/> tps plein	<input type="checkbox"/> tps partiel		
Assistantes de Vie	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	si oui	<input type="checkbox"/> tps plein	<input type="checkbox"/> tps partiel		
Employées de maison	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	si oui	<input type="checkbox"/> tps plein	<input type="checkbox"/> tps partiel		
Psychologue	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	si oui	<input type="checkbox"/> tps plein	<input type="checkbox"/> tps partiel	<input type="checkbox"/> libéraux	
Ergothérapeute	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	si oui	<input type="checkbox"/> tps plein	<input type="checkbox"/> tps partiel	<input type="checkbox"/> libéraux	
Secrétariat-Administratif	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	si oui	<input type="checkbox"/> tps plein	<input type="checkbox"/> tps partiel		
Bénévoles	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	si oui	<input type="checkbox"/> tps plein	<input type="checkbox"/> tps partiel		

Autres, précisez.....

Autres Services

Télé-assistance 24h/24 oui non système proposé : bracelet sonnette appel malade

Groupe de paroles : oui non

Groupe de soutien des familles : oui non

Autres :

à retourner par fax au 01 42 46 07 60