

Activités pour lesquelles j'ai besoin d'un soutien ou d'une aide

J'ai besoin d'un soutien et/ou d'une aide lors de mes déplacements (crainte, appréhension, difficultés etc.) pour :

- Sortir de mon domicile
- Utiliser les transports en commun
- Effectuer des démarches administratives
- Faire des courses
- M'aider à respecter les horaires
- Autres (préciser) :

J'ai besoin d'un soutien et/ou d'une aide dans ma vie quotidienne pour :

- Améliorer mon hygiène corporelle
- Améliorer mon hygiène alimentaire
- Préparer mes repas
- Entretien mon logement et mon linge
- Apprendre à me protéger (abus de ma personne, vols, intrusions, etc.)
- Suivre mon budget et mes papiers
- Ne pas oublier de prendre mon traitement
- Avoir un suivi médical régulier
- Autres (préciser) :

J'ai besoin d'un soutien et/ou d'une aide dans mes relations avec autrui pour :

- Participer à la vie sociale (loisirs, culture, sports, etc.)
- Communiquer avec ma famille, mes amis, etc.
- Éviter l'isolement
- Autres (préciser) :

J'ai besoin d'un soutien et/ou d'une aide dans ma vie professionnelle pour :

- Évaluer si, aujourd'hui, je suis en capacité de travailler
- Rechercher un emploi ou une formation
- Autres (préciser) :

Mes attentes

Je souhaite formuler les observations et/ou remarques suivantes :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

J'ai bénéficié de l'aide de pour compléter cette partie.

Fait à Le / / Signature du demandeur

Volet N°2 : questionnaire à destination de l'entourage

Ce document est à remplir par l'**aidant** qui vit **en proximité de la personne** (un membre de sa famille), ou **une personne référente**.

L'aidant ou la personne référente :

NOM : PRENOM :

ADRESSE :
.....

Vous répondez à ce questionnaire concernant Madame, Monsieur :

• En qualité de :

- Représentant légal (tuteur, curateur, etc.)
 Travailleur social
 Membre de sa famille, lien de parenté à préciser :
 Personne de confiance
 Autres (préciser) :

• Vivez-vous avec la personne concernée ?

OUI NON

• Fréquence des contacts :

• Rempli en présence du demandeur :

OUI NON

Le demandeur :

Je soussigné(e) Madame, Monsieur,
autorise la personne désignée ci-dessus à transmettre ces informations à la MDPH de la Somme.

Fait à, le / /

Signature du demandeur :



ACTES ESSENTIELS (entretien et déplacements)						
Activités	Fait seul	Fait quand on lui demande	Fait quand on est avec lui	Ne fait presque jamais	Ne fait pas	Observations
Se laver						
S'habiller/se déshabiller						
Prendre ses repas						
Prendre son traitement						
Prendre soin de sa personne						
Se déplacer à l'extérieur						
Utiliser les transports en commun						
Conduire un véhicule						

MAISON DEPARTEMENTALE DES PERSONNES HANDICAPEES

Adresse postale : Centre Administratif Départemental, 1 Boulevard du Port – CP 70502 – 80037 AMIENS Cedex
 Numéro Azur 0 810 119 720 – tél : 03 22 97 24 10 – télécopie : 03 22 97 24 19 – www.somme.fr

VIE DOMESTIQUE ET VIE COURANTE						
Activités	Fait seul	Fait quand on lui demande	Fait quand on est avec lui	Ne fait presque jamais	Ne fait pas	Observations
Faire ses courses						
Préparer un repas simple						
Faire son ménage						
Entretenir son linge et ses vêtements						
S'occuper de sa famille						
Gérer son budget, faire les démarches administratives						
Vivre seul dans un logement indépendant						
Avoir des relations de voisinage						
Participer à la vie sociale et civique						
Partir en vacances						
Occuper sa journée						
Avoir des activités de loisirs à l'extérieur						

TACHES ET EXIGENCES GENERALES, RELATION AVEC AUTRUI, COMMUNICATION				
Activités	Fait seul	Fait difficilement	Ne fait pas	Observations
S'orienter dans le temps				
S'orienter dans l'espace				
Fixer son attention				
Mémoriser				
Prendre des décisions				
Prendre des initiatives				
Gérer sa sécurité (réagir de façon adaptée à une situation risquée ou imprévue), éviter un danger				
Maîtriser son comportement (émotions, pulsions) dans ses relations avec autrui				
Utiliser des appareils et techniques de communication				
Mener une conversation				

Informations utiles que vous souhaitez porter à la connaissance de l'équipe pluridisciplinaire (contexte familial et social, emploi, logement, ressources, etc.)

.....

.....

.....

.....

Fait à Le / /

Signature de la personne ayant rempli le questionnaire
et le cas échéant le cachet de l'organisme :