

**CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE**

**Service d'Aide à Domicile**

**04250 LA MOTTE DU CAIRE**

**☎ 04.92.68.36.13**

**✉ marpa.lamotteducaire@orange.fr**

**N° Agrément : SAP 260 401 286**

**M .....**  
**Démarrage de la prestation prévue .....2017**

*Ce document est à joindre au devis ou au contrat. Elle est le fruit d'une visite ou d'un appel d'évaluation des besoins, elle complète le plan d'aide fourni par les équipes médico-sociales.*

**PROPOSITION D'INTERVENTION INDIVIDUALISEE**

## Evaluation des besoins

**Prestation souhaitée :** Entretien du logement  
Entretien du linge

**Horaire souhaité :**

**Durée :** ..... heures par semaine

**Pas d'intervention le dimanche.**

**Soit :** ..... hrs par mois maximum

### Modalités de coordination

Un cahier de liaison sera mis en place, qui signalera toute information opportune aux intervenants à domicile.

Il est recommandé d'informer la structure de tous changements de planning ou de déplacements éventuels, dès que vous en êtes informés.

En cas de retard, notre intervenant vous préviendra dès que possible, nous en serons également informés pour prendre toute disposition utile, afin de ne pas vous mettre en situation difficile.

La responsable de secteur, Madame ..... est à votre disposition au N° suivant en cas de problème : 04.92.68.36.13  
Ce même numéro est à utiliser en cas de nécessité pendant les week-ends et les jours fériés.

A La Motte du Caire, .....

Le Président du CCAS  
Patrick MASSOT

La Bénéficiaire