



Dispositif Allô Veille

L'inscription des personnes isolées les plus vulnérables (personnes âgées, personnes adultes handicapées), domiciliées sur la commune d'Éragny-sur-Oise est souhaitable afin de pouvoir leur apporter conseils et assistance en cas d'événements (canicule, grand froid, épidémie...).

Pour vous-même ou l'un de vos proches, vous pouvez contribuer à ce genre de prévention et de solidarité citoyenne en complétant ce formulaire.

Indique un champ requis

| | |
|--|-----------------------------|
| Personne concernée | |
| Civilité | |
| <input type="radio"/> Madame | |
| <input type="radio"/> Monsieur | |
| Nom | <input type="text"/> |
| Prénom | <input type="text"/> |
| Date de naissance | <input type="text"/> |
| Adresse | <input type="text"/> |
| Complément d'adresse | <input type="text"/> |
| Code postal | 95610 <input type="text"/> |
| Ville | Éragny <input type="text"/> |
| Courriel | <input type="text"/> |
| Téléphone | <input type="text"/> |
| Situation familiale | |
| <input type="radio"/> Seul(e) au domicile | |
| <input type="radio"/> En couple | |
| <input type="radio"/> En famille | |
| Enfants | |
| <input type="radio"/> Oui | |
| <input type="radio"/> Non | |
| Si oui, sont-ils | |
| <input type="radio"/> à proximité | |
| <input type="radio"/> éloigné(s) | |
| Visite d'une aide à domicile ou d'un membre de son entourage | |
| <input type="radio"/> Oui | |
| <input type="radio"/> Non | |
| <input type="radio"/> Autre | |
| Précisez la fréquence | <input type="text"/> |

| | |
|--|---|
| Personne à prévenir | |
| Personne dépositaire des clefs du logement | |
| <input type="text"/> | |
| 1er contact | |
| Nom Prénom | |
| Indiquer la civilité, le nom et le prénom | |
| <input type="text"/> | |
| Lien avec le bénéficiaire | <input type="text" value="- Aucun(e) -"/> |
| Adresse | |
| Indiquer le numéro, la voie, la ville | |
| <input type="text"/> | |

Téléphone

Numéro où vous êtes joignable en journée.

2eme contact

Nom Prénom

Indiquer la civilité, le nom et le prénom

Lien avec le bénéficiaire

Adresse

Indiquer le numéro, la voie, la ville

Téléphone

Numéro où vous êtes joignable en journée.

3eme contact

Nom Prénom

Indiquer la civilité, le nom et le prénom

Lien avec le bénéficiaire

Adresse

Indiquer le numéro, la voie, la ville

Téléphone

Numéro où vous êtes joignable en journée.

Médecin traitant

Nom et prénom du médecin traitant

Adresse médecin

Téléphone médecin

Dispositifs d'aide à la personne

La personne concernée bénéficie

- d'un service d'aide à domicile
- d'un service de soins infirmiers à domicile
- du portage de repas à domicile
- de la télé-alarme
- de l'APA

(dispositif d'aide pour l'autonomie proposé par le Conseil départemental)

Nom du service d'aide à domicile

Rythme intervention de l'aide à domicile

- Journalier
- Hebdomadaire
- Autre

Nom du service ou des infirmiers

Rythme intervention des infirmiers

- Journalier
- Hebdomadaire
- Autre

Rythme du portage de repas

APA - De quel GIR dépend la personne concernée

Pourquoi il n'y a pas d'APA

?

- le dossier d'APA déposé, a été refusé
- la demande d'APA n'a pas été faite

Mobilité

Déplacement à l'intérieur du domicile

- Marche sans aide
- Marche uniquement avec aide matérielle (cane, déambulateur)
- Marche avec aide humaine
- Se déplace en fauteuil roulant
- Ne se déplace plus

Déplacement à l'extérieur du domicile

- Oui
- Oui péniblement (trajets très courts)
- Non

Utilisation de la voiture

- Oui
- Quotidiennement
- Quelques fois
- Rarement
- Non

Vie quotidienne

Tâches

- Fait ses courses
- Prépare ses repas
- Mange seul(e)
- S'habille seul(e)
- Se lève et se couche seul(e)
- Aide à la toilette
- Aide au ménage

Type de handicap

- Moteur
- Sensoriel
visuel, auditif...
- Autre
- Aucun

Précisez le handicap

Demandeur

Cette demande est remplie par

- l'intéressé(e)
- contact 1
- contact 2
- contact 3

J'accepte les conditions générales d'utilisation du service

[Consulter](#)

CAPTCHA

Cette question sert à vérifier si vous êtes un visiteur humain afin d'éviter les soumissions de pourriel (spam) automatisées.

Contact

Mairie d'Éragny
Département Solidarité

Maison des Services au Public
6 rue des Belles Hâtes

Tél. 01 34 33 50 40