

## Questionnaire relatif à votre autonomie

NOM ..... PRENOM..... Date de naissance.....  
Adresse.....  
Téléphone.....

Afin de permettre à la MDPH d'examiner votre situation et de vous aider à trouver des solutions pour améliorer votre vie quotidienne et retrouver une participation sociale et/ou une activité professionnelle, nous vous proposons de répondre aux questions suivantes :

### ACTIVITES POUR LESQUELLES VOUS AVEZ BESOIN D'UN SOUTIEN

⇒ **Vous avez besoin d'un soutien lors de vos déplacements**

- pour sortir de votre domicile
- pour utiliser les transports en commun
- pour conduire un véhicule
- autres (préciser) : .....

⇒ **Vous avez besoin d'un soutien dans votre vie quotidienne :**

- afin de vous aider pour avoir une hygiène corporelle régulière
- afin de vous aider pour les tâches ménagères (lavage, repassage ...)
- avoir des vêtements entretenus et mieux adaptés à la météo
- pour entretenir votre logement
- pour préparer vos repas
- pour faire vos courses
- pour effectuer des démarches administratives
- pour gérer votre argent et répondre à vos obligations (assurances, impôts...)
- pour vous aider à :
  - respecter les horaires
  - utiliser le téléphone ou d'autres moyens de communication
- pour apprendre à vous protéger des abus de toutes sortes (abus de votre personne, vols, sectes...)
- pour ne pas oublier de prendre vos médicaments
- pour avoir un suivi médical régulier
- autres (préciser) : .....

⇒ **Vous avez besoin d'un soutien dans vos relations avec autrui**

- pour participer à la vie sociale, aux loisirs, à la vie culturelle, aux sports, aux cultes, ...
- pour éviter une perte de contact avec votre famille, vos amis, ...
- pour faire face au regard des autres
- pour communiquer avec les autres
- pour éviter le repli sur vous-même
- pour affronter des situations et des relations stressantes, d'angoisse....
- pour vous aider à mieux connaître votre maladie
- autres (préciser) : .....

⇒ **Vous avez besoin d'un soutien dans vos savoirs faire**

- pour une remise à niveau de vos connaissances générales
- pour une évaluation de vos compétences (y compris professionnelles)

## LES AIDES ACTUELLES

⇒Vous ne recevez pas d'aide :       vous n'en ressentez pas le besoin       vous êtes isolé

⇒Vous recevez de l'aide pour :

- avoir une hygiène corporelle régulière
- avoir des vêtements entretenus adaptés à la météo
- le moment des repas :     la préparation des repas     la prise des repas
- l'entretien :     du linge     du logement
- les courses
- la gestion de votre budget
- l'accompagnement dans les démarches administratives
- l'accès aux soins
- l'accompagnement pour d'autres activités, préciser : .....

Ces aides vous sont actuellement apportées par :

- votre famille     un(e) ami(e)     un travailleur social     un voisin     une aide à domicile     autre (à préciser) :  
.....

## VOS ATTENTES

- vous souhaitez l'intervention d'un service à domicile pour les actes de la vie quotidienne
- vous souhaitez l'intervention d'un service d'accompagnement
- vous souhaitez pouvoir accéder à un établissement d'accueil collectif
- vous souhaitez accéder à un logement indépendant
- vous souhaitez un soutien médico-psychologique plus fréquent
- vous souhaitez des ressources complémentaires
- vous souhaitez évaluer vos capacités et/ou vous insérer professionnellement
- autres (préciser) : .....

**Pour recueillir les informations utiles à l'évaluation de votre situation, vous autorisez une personne que vous désignez dans votre entourage à remplir le questionnaire « des personnes désignées dans l'entourage ».**

**Il s'agit de :**

Madame, Mademoiselle, Monsieur .....

Domicilié .....

Téléphone .....

Lien de parenté éventuel .....

**Vous autorisez ce dernier à transmettre ces informations vous concernant.**

Fait à....., le.....      Signature du demandeur