



# ÉVALUATION DES BESOINS DES RETRAITÉS ET ÉLABORATION DES PLANS D'AIDES



---

Ensemble, les caisses de retraite s'engagent

---



Date de l'évaluation :

Régime commanditaire : .....

Date prévue de mise en œuvre du plan d'aides :

Nom de la structure d'évaluation : .....

Nom de l'évaluateur : .....

N° de la structure d'évaluation :  Téléphone :

N° de Siret :

Téléphone portable de l'évaluateur :

Courriel de l'évaluateur : .....@.....

Entretien réalisé en présence d'un proche :  oui  non

## • 1. Identification de la demande

### • 1.1. Identité du demandeur

Madame  Monsieur

Nom de naissance (*s'il y a lieu, en majuscules*) : .....

Nom d'usage (*en majuscules*) : .....

Prénoms (*soulignez le prénom usuel*) : .....

N° de sécurité sociale :

Date de naissance :

Adresse : Numéro :  Nom de la voie : .....

Code postal :  Commune : .....

Téléphone domicile :  Téléphone portable :

Courriel : .....@.....

Situation familiale :  célibataire  veuf  divorcé(e)

séparé(e)  marié(e)  pacsé(e)

en concubinage

*Autre personne à contacter :*

Nom : ..... Prénom : .....

Nature du lien avec la personne : .....

Téléphone domicile :  Téléphone portable :

Courriel : .....@.....

### • 1.2. Nature de la demande

1<sup>re</sup> évaluation

réexamen :  fin de prise en charge

suite à un changement de situation

Date de la précédente évaluation :

### • 1.3. Contexte de la demande

- Dégradation subite de l'état de santé du retraité
- Suites d'hospitalisation du retraité
- Entrée du conjoint en établissement
- Départ / décès du conjoint, d'un proche, de l'aidant
- Perte d'autonomie / maladie / hospitalisation du conjoint, d'un proche, de l'aidant
- Indisponibilité de l'aidant (congés, etc.)
- Autre événement (déménagement, divorce, etc.)

Description :

.....  
.....

Demande exprimée par la personne :

.....  
.....  
.....  
.....

## • 2. Évaluation des besoins

### • 2.1. État de santé du demandeur

#### État de santé

Comment le demandeur décrit-il son état de santé ?

**0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**

*Veillez cocher le chiffre qui reflète le mieux la réponse à la question (0 aussi mauvais que possible – 10 aussi bon que possible). Cette question porte sur ce qu'il a ressenti au cours de la semaine qui vient de s'écouler, y compris le jour de la visite.*

Combien de fois le demandeur a-t-il été hospitalisé au cours des 6 derniers mois ?

**0 / 1 à 2 fois / plus de 2 fois**

De combien de consultations bucco-dentaires annuelles a-t-il bénéficié ?

**0 / 1 / plus de 1**

Ces dernières semaines, a-t-il eu des difficultés pour reconnaître le goût des aliments qu'il consomme ?

**pas du tout / un peu / assez / beaucoup**

Le demandeur porte-t-il :

- > des lunettes  oui  non dernière date d'achat ou de renouvellement
- > des prothèses dentaires  oui  non dernière date d'achat ou de renouvellement
- > des prothèses auditives  oui  non dernière date d'achat ou de renouvellement

Le demandeur prend-il des médicaments sur prescription ?  oui  non

Préciser qui prépare ses médicaments : .....

Comment décririez-vous l'état de santé global du demandeur ?

**0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**

*Veillez cocher le chiffre (de 0 à 10) qui reflète le mieux votre réponse à cette question. Cette question porte sur ce que vous avez ressenti pour la personne âgée que vous avez évaluée.*

L'état de santé déclaré du demandeur entraîne-t-i :

> des difficultés de mobilité ?  oui  non

> des troubles de la nutrition ?  oui  non

> des troubles de la mémoire ?  oui  non

> d'autres troubles ?  oui  non

Description : .....

.....

.....

.....

Le demandeur bénéficie-t-il :

> d'une prise en charge pour une affection de longue durée  oui  non

> d'une complémentaire santé ?  oui  non

## **Motricité**

Le demandeur a-t-il chuté au cours des 6 derniers mois ?

**0 / 1 / plus de 1**

Ces dernières semaines, a-t-il eu des difficultés à faire certains efforts physiques pénibles comme porter un sac à provision chargé ou une valise ?

**pas du tout / un peu / assez / beaucoup**

## **Test de marche**

Vitesse de marche sur 4 m :

normale  $\geq 1$  m/s

altération de l'équilibre et de la marche : entre 0,65 et  $< 1$  m/s

fragilité (globale) :  $< 0,65$  m/s

• 2.2. Grille Aggir : activités corporelles, mentales, domestiques et sociales

ITEMS DE LA GRILLE AGGIR		NE FAIT PAS	S	T	C	H	CODE	COMMENTAIRES
Transferts		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Déplacement à l'intérieur		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Toilette	Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Élimination	Urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Fécale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Habillage	Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Moyen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cuisine		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Alimentation	Se servir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Suivi du traitement		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ménage		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Alerter		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Déplacement à l'extérieur		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Transports		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Activités du temps libre		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Achats		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

...



## Vie sociale

### Visite et contacts

Le demandeur rend ou reçoit-il des visites de sa famille, ses proches, ses voisins  oui  non

> Si oui, quelle est la fréquence de ces visites ?  fréquentes  occasionnelles  exceptionnelles

Le demandeur a-t-il des contacts téléphoniques avec sa famille, ses proches, ses voisins, etc.  oui  non

> Si oui, quelle est la fréquence de ces contacts téléphoniques ?  fréquents  occasionnels  exceptionnels

Est-il en mesure de passer des appels téléphoniques ?  oui  non

*(Composer des numéros de téléphone)*

Utilise-t-il internet ?

**pas du tout / un peu / assez / beaucoup**

Le demandeur a-t-il un sentiment de solitude et/ou d'abandon ?

**pas du tout / un peu / assez / beaucoup**

Informations complémentaires relatives à la situation du demandeur :

.....  
.....  
.....

### Activités

Le demandeur participe-t-il à des activités (clubs sportifs, artistique, etc.) ?

**pas du tout / un peu / assez / beaucoup**

> Si oui, lesquelles :

.....  
.....

> Si non, pourquoi :

.....  
.....

Le demandeur a-t-il des activités occupationnelles à domicile ?  oui  non

Son niveau de ressources lui semble-t-il suffisant ?

**pas du tout / un peu / assez / beaucoup**

## Transports et accompagnement

Y'a-t-il des commerces accessibles par le demandeur ?  oui  non

Y'a-t-il des transports accessibles par le demandeur ?  oui  non

> Si oui, le demandeur les utilise-t-il ?  oui  non

Le demandeur fait-il ses sorties du domicile :  seul  accompagné

> Si accompagné, est-ce plutôt par :  la famille  les voisins  autres

Le demandeur peut-il se rendre facilement chez son médecin ?  oui  non

Le sollicite-t-il plutôt pour des visites à domicile ?  oui  non

Commentaires :

.....  
.....

## État psychique

Comment le demandeur décrit-il son bien-être général ?

**0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**

*Veillez cocher le chiffre qui reflète le mieux sa réponse à la question (0 aussi mauvais que possible – 10 aussi bon que possible). Cette question porte sur ce qu'il a ressenti au cours de la semaine qui vient de s'écouler, le jour de la visite compris.*

Au cours du dernier mois :

> A-t-il été heureux la plupart du temps ?

**pas du tout / un peu / assez / beaucoup**

> S'est-il senti fatigué pendant la journée ?

**pas du tout / un peu / assez / beaucoup**

> A-t-il souffert au point d'avoir des idées de suicide ?  oui  non

## Tests cognitifs

> Set test d'Isaac (STI) :

couleurs : ..... fruits : ..... animaux : ..... villes-villages : ..... Total : .....

> Score de mémoire avec indiçage (SMI) :

rappel libre : ..... rappel indicé : ..... Total : .....

## Habitat et cadre de vie

Statut du demandeur :  propriétaire  locataire  hébergé  usufruitier

Lieu du logement :  urbain  rural regroupé  rural dispersé

Type de logement :  maison  appartement  résidence, foyer

autre : .....

Refus de visite du logement par le retraité

Nombre de pièces de vie :



Le domicile visité est-il la résidence principale du demandeur ?  oui  non

> Si non, cette habitation est-elle destinée à devenir sa résidence principale dans les 12 mois suivant la fin des travaux ?  oui  non

Le logement présente des difficultés d'accessibilité ?  oui  non

Le logement semble dégradé ?  oui  non

Le logement semble être en situation de précarité énergétique ?  oui  non

Détaillez les difficultés existantes dans les différentes pièces ou à l'extérieur, les conseils dispensés et les éventuelles adaptations nécessaires :

ÉLÉMENTS À OBSERVER	RISQUE	CONSEILS DISPENSÉS
Éclairage suffisant et non éblouissant, visibilité des interrupteurs	<input type="checkbox"/> faible <input type="checkbox"/> moyen <input type="checkbox"/> élevé	
Pièces et sols encombrés	<input type="checkbox"/> faible <input type="checkbox"/> moyen <input type="checkbox"/> élevé	
Surfaces glissantes	<input type="checkbox"/> faible <input type="checkbox"/> moyen <input type="checkbox"/> élevé	
Présence de tapis dans les lieux de passage	<input type="checkbox"/> faible <input type="checkbox"/> moyen <input type="checkbox"/> élevé	
Accessibilité de la salle de bains (notamment accès à la pièce et transferts)	<input type="checkbox"/> faible <input type="checkbox"/> moyen <input type="checkbox"/> élevé	
Accessibilité dans la chambre (notamment accès au lit et transferts)	<input type="checkbox"/> faible <input type="checkbox"/> moyen <input type="checkbox"/> élevé	
Matériel et équipements du logement (appareils ménagers, matériel de nettoyage au sol et en hauteur, rangements accessibles, etc.)	<input type="checkbox"/> faible <input type="checkbox"/> moyen <input type="checkbox"/> élevé	
État général du logement (installations électriques, canalisations, sols et escaliers, ventilation, chauffage, conditions d'hygiène, animaux, contamination, etc.)	<input type="checkbox"/> faible <input type="checkbox"/> moyen <input type="checkbox"/> élevé	

Autres commentaires

.....

.....

.....

Aides techniques préconisées :

<input type="checkbox"/> rehausse fauteuil	<input type="checkbox"/> rehausse WC
<input type="checkbox"/> rehausse lit	<input type="checkbox"/> planche de bains
<input type="checkbox"/> siège pivotant de baignoire	<input type="checkbox"/> tabouret de douche
<input type="checkbox"/> barre d'appui	<input type="checkbox"/> main courante
<input type="checkbox"/> kit Lumineux	<input type="checkbox"/> autres : .....

Une adaptation de l'habitat est-elle nécessaire ?  oui  non

Un recours à l'ergothérapeute est-il à prévoir ?  oui  non

Ces travaux présentent-ils un caractère d'urgence ?  oui  non

Si oui, précisez les raisons : .....

Le demandeur doit-il faire l'objet d'un accompagnement renforcé par le prestataire habitat ?  oui  non

Le demandeur accepte-t-il que ces informations soient transmises au prestataire habitat ?  oui  non

## • 2.4. Synthèse des fragilités et des besoins repérés

Le demandeur vit une situation d'isolement	familial <input type="checkbox"/>	social <input type="checkbox"/>	géographique <input type="checkbox"/>
Le demandeur s'occupe d'une personne dépendante et éprouve des difficultés à le faire	<input type="checkbox"/>		
L'état de santé du demandeur entraîne :			
des difficultés de mobilité <input type="checkbox"/>	des troubles de la nutrition <input type="checkbox"/>		
des troubles de la mémoire <input type="checkbox"/>	d'autres troubles <input type="checkbox"/>		
Le demandeur a récemment vécu un événement déstabilisant	<input type="checkbox"/>		
L'habitat entraîne des risques pour la personne	<input type="checkbox"/>		
Le demandeur éprouve des difficultés de mobilité entravant la réalisation des démarches extérieures	<input type="checkbox"/>		
achats / courses <input type="checkbox"/>	visite à la famille ou aux amis <input type="checkbox"/>		
démarches administratives <input type="checkbox"/>	démarches de santé (R.-V. médical, etc.) <input type="checkbox"/>		
Autres à préciser : .....			
.....			
Le demandeur éprouve des difficultés à réaliser les actes de la vie quotidienne	<input type="checkbox"/>		
toilette <input type="checkbox"/>	habillage <input type="checkbox"/>		
ménage <input type="checkbox"/>	cuisine <input type="checkbox"/>		
Autres à préciser : .....			
.....			
Score de fragilité : .....			
Compte tenu de l'évaluation réalisée, un plan d'aide financé par la caisse doit-il être mis en place ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Des conseils et recommandations sont-ils nécessaires ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	

## • 3. Élaboration du plan d'aides

### • 3.1. Aides et services déjà en place

COMMENTAIRES		DEMANDEUR	COHABITANT
<b>Aide à la vie quotidienne</b>			
Aide à l'entretien du logement et du linge		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Maintien du lien social</b>			
Aide pour déplacements pédestres de proximité		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transport accompagné avec véhicule		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aide aux loisirs		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aide aux vacances		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ateliers de prévention		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accueil temporaire en structure collective		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Vie quotidienne et sécurité</b>			
Livraison de courses		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Portage de repas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aide à la préparation des repas et conseil nutritionnel		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conseils en gestion budgétaire et administrative		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Petits et gros travaux d'entretien		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mieux-être		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assistance sécurité		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Aide aux aidants</b>			
Répit, information, formation, autres		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## • 3.2. Plan d'aides proposé

(sous réserve de l'offre locale de services disponible prise en charge par la caisse)

MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE ET COMMENTAIRES (durée de prise en charge, fréquence et nombre d'heures d'intervention, coûts unitaires, nom de l'intervenant si connu, etc.)		PRIORITÉS
<b>Aide à la vie quotidienne</b>		
Aide à l'entretien du logement et du linge		
<b>Maintien du lien social</b>		
Aide pour déplacements pédestres de proximité		
Transport accompagné avec véhicule		
Aide aux loisirs		
Aide aux vacances		
Ateliers de prévention		
Accueil temporaire en structure collective		
<b>Vie quotidienne et sécurité</b>		
Livraison de courses		
Portage de repas		
Aide à la préparation des repas et conseil nutritionnel		
Conseils en gestion budgétaire et administrative		
Petits et gros travaux d'entretien		
Mieux-être		
Assistance sécurité		
<b>Aide aux aidants</b>		
Répit, information, formation, autres		



### • 3.3 bis. Tableau estimatif de valorisation d'un plan d'aides Oscar

Nom	.....	Nature de la demande	.....
Prénom	.....	Évaluation réalisée par	.....
N° sécurité sociale	.....	Date de l'évaluation	..... 2,0 .....
Montant mensuel de ressources	.....€	Dates du plan d'aides	du ..... 2,0 ..... au ..... 2,0 .....
Nombre de personnes	.....	Commentaires sur l'évolution des ressources ou de la situation familiale	
Ressources prises en compte	.....€		

#### FORFAIT PRÉVENTION

FAMILLE DE FORFAIT	PRESTATION	DÉBUT	FIN	INTERVENANT	PARTICIPATION CAISSE
.....	.....	.../.../...	.../.../...	.....	.....€
.....	.....	.../.../...	.../.../...	.....	.....€
.....	.....	.../.../...	.../.../...	.....	.....€
.....	.....	.../.../...	.../.../...	.....	.....€
.....	.....	.../.../...	.../.../...	.....	.....€
.....	.....	.../.../...	.../.../...	.....	.....€

#### HEURES D'ACCOMPAGNEMENT ET PRÉVENTION À DOMICILE

INTERVENANT	DÉBUT	FIN	TARIF UNITAIRE	QTÉ	MONTANT TOTAL	PART. CAISSE	PART. DEMANDEUR
.....	.../.../...	.../.../...	.....€	.....	.....€	.....€	.....€
.....	.../.../...	.../.../...	.....€	.....	.....€	.....€	.....€

#### ORIENTATION VERS DES PROGRAMMES DE PRÉVENTION

PROGRAMMES PROPOSÉS	PORTEUR DU PROGRAMME	COMMENTAIRES
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

#### FORFAIT COORDINATION

COORDINATEUR	NOMBRE PRESTATIONS DIVERSIFIÉES
.....	.....

• 3.4. Autres conseils et préconisations (hors prise en charge par la caisse)

CONSEILS ET PRÉCONISATIONS	PRÉCISIONS	ACCORD DU RETRAITÉ	DES ACTIONS SONT-ELLES À MENER ?	
Mise en relation avec un réseau de bénévoles / volontaires		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Sensibilisation du voisinage		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Orientations vers un club ou une association de retraités		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Soutien aux aidants familiaux		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Intervention de professionnels médicaux et paramédicaux (bilan de santé, d'audition, dentaire, etc.)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Changement de domicile		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Conseils juridiques et d'accès aux droits : demande d'une prestation légale, souscription d'une assurance complémentaire, dossier de surendettement, mesure de protection juridique, etc.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Préconisation de demande de secours (ou une autre aide financière ponctuelle).		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Orientation vers un dispositif partenaire (programme séniors en vacances, offre de services de l'Agirc-Arrco, etc.)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non





**J'atteste** sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis à l'évaluateur.

**Je déclare :**

- avoir reçu l'évaluateur de la structure mentionnée ci-dessous ;
- avoir pris connaissance des mentions légales figurant sur ce dossier ;
- avoir pris connaissance du plan d'aides au cas où celui-ci m'a été proposé ;
  - j'accepte** la poursuite de l'instruction de mon dossier pour la mise en œuvre du plan d'aides,
  - je ne souhaite pas donner suite** à l'instruction de mon dossier pour la mise en œuvre de ce plan d'aides.
- J'accepte** que mon dossier et l'ensemble des informations qu'il comporte puissent être transmis à un autre organisme conventionné avec la caisse de retraite pour permettre son instruction, dans le strict respect des règles de confidentialité.
- J'accepte** que mon dossier et l'ensemble des informations qu'il comporte puissent être transmis au Conseil départemental dans le but de déposer une demande d'allocation personnalisée d'autonomie.
- Je reconnais être informé** qu'une vérification de l'exactitude de mes déclarations et de l'authenticité des documents produits à l'appui de ma demande, peut être effectuée dans le cadre de l'exercice du droit de communication prévu par les articles L. 114-19 à L. 114-21 du code de la sécurité sociale.

Fait à : ..... Le 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 20

**Signature du retraité, de la retraitée :**

*Conformément au règlement européen n°2016/679/UE du 27 avril 2016 et à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification de vos données personnelles. Vous pouvez exercer ces droits auprès du délégué à la protection des données de votre caisse. Si vous estimez, après avoir contacté le délégué à la protection des données, que vos droits « informatique et libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation en ligne à la Cnil ou par voie postale. La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (art. 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 à 441-9 du code pénal). En outre, l'inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement de situation ayant abouti au versement ou non de prestations indues, peut faire l'objet d'une pénalité financière en application de l'article L. 114-17 du code de la sécurité sociale*

Nom et cachet de l'institution :

Signature de l'évaluateur, de l'évaluatrice :

Signature du/de la responsable de la structure :







Le label "Pour bien vieillir" a été créé par les quatre régimes de retraite pour contribuer à l'identification et au développement de l'offre de services interrégimes à destination des retraités.

● [partenairesaction sociale.fr](https://partenairesaction sociale.fr)

Réf. N3002 – 06/2021