



Pays de Belle-Isle-en-Terre ●●●
Communauté de Communes Bro Venac'h



Devis

Référence du devis : SAAD / 2016 /

Membre de l'Union Nationale de l'Aide,
des Soins et des Services aux Domiciles.



SECAD Service communautaire d'accompagnement à domicile

15 rue Crech Uguen – 22810 BELLE-ISLE-EN-TERRE – Tél. 02 96 43 30 68 – Fax 02 96 43 36 43
Email : secad@cc-belle-isle-en-terre.fr – Site internet : www.cc-belle-isle-en-terre.fr

Date d'établissement du devis :

◆ **Identification de la structure**

Communauté de Communes du Pays de Belle-Isle-en-Terre, en charge du **service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD)**, dont le siège est situé au 15 rue Crech Uguen, à Belle-Isle-en-Terre (22810)

◆ **Devis établi par :**

Mlle LE BERRE Aurélie (NOM Prénom)

En qualité de : resp de secteur (Fonction occupée au sein de la structure)

Téléphone : **02 96 43 30 68** Fax : **02 96 43 31 00**

Email : **secad@cc-belle-isle-en-terre.fr**

◆ **Pour le compte de :**

La personne accueillie :

M..... (NOM Prénom) né(e) le..... (Date de naissance)

à (Lieu de naissance)

Demeurant (Adresse)

☎ Email :

Représenté(e) par sa personne de confiance et/ou son représentant légal :

M..... (NOM Prénom) né(e) le (Date de naissance)

à (Lieu de naissance)

Demeurant (Adresse)

☎ Email :

Lien avec la personne accueillie :

Si représentant légal, préciser : tuteur, curateur... et joindre copie du jugement

Nom de l'organisme de tutelle :

Situé à : (Adresse)

☎ Email :

Vous avez formulé auprès de notre service une demande d'intervention à votre domicile afin de vous accompagner dans votre projet de vie.

Après concertation avec vous (et/ou votre personne de confiance ou votre représentant légal), nous avons établi le présent devis.

Nature de l'intervention :

Les activités souhaitées à votre domicile :

Accompagnement et aide dans les activités domestiques

- activités domestiques (entretien du logement et du linge)
- course et préparation des repas
- autres (à préciser) :

Accompagnement et aide dans les activités de la vie sociale et relationnelle à domicile ou à partir du domicile

- activités de loisirs et favorisant le maintien de la vie sociale
- soutien de relations sociales
- autres (à préciser) :

Accompagnement et aide dans les actes essentiels de la vie (hors actes de soins)

- aide à la toilette
- aide à l'alimentation
- aide aux fonctions d'élimination
- soutien des activités intellectuelles, sensorielles et motrices,
- aide à la mobilité,
- autres (à préciser)

◆ Réalisation de l'intervention souhaitée

Date de démarrage de la première intervention :

Durée prévisionnelle de l'intervention (*si connue*) :

Nombre d'heures souhaitées par semaine :

Fréquence des interventions par semaine :

Plage(s) horaire(s) souhaitées(s) (*sous réserve de la disponibilité du personnel*) :

Jour de préférence :

LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI	DIMANCHE
-------	-------	----------	-------	----------	--------	----------

Moment de la journée à privilégier :

PETIT DEJEUNER	PETIT DEJEUNER	PETIT DEJEUNER	PETIT DEJEUNER	PETIT DEJEUNER	PETIT DEJEUNER	PETIT DEJEUNER
MATIN	MATIN	MATIN	MATIN	MATIN	MATIN	MATIN
MIDI	MIDI	MIDI	MIDI	MIDI	MIDI	MIDI
APRES-MIDI	APRES-MIDI	APRES-MIDI	APRES-MIDI	APRES-MIDI	APRES-MIDI	APRES-MIDI
SOIREE	SOIREE	SOIREE	SOIREE	SOIREE	SOIREE	SOIREE

Tranches horaires de préférence :

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

◆ **Coût de la prestation :**

Estimation du reste à charge de la personne accueillie SANS aucune participation financière des organismes de prise en charge
(Conseil Général, Caisses de retraite, mutuelles, etc.)

Tarif pour une heure d'intervention à <u>taux plein</u>	21,70 €
Coût pour heures d'intervention par <u>SEMAINE</u>	
Coût pour heures d'intervention par <u>MOIS</u>	
Donc le reste à charge mensuel de la personne accueillie est estimé à :	

Estimation du reste à charge de la personne accueillie AVEC accord de participation financière des organismes de prise en charge
(Conseil Général, Caisses de retraite, mutuelles, etc.)

Tarif pour une heure d'intervention à <u>taux plein</u>	21,70 €
Aide financière accordée par l'organisme financier de prise en charge (joindre à l'appui le justificatif)	
Soit reste à charge de la personne accueillie pour une heure d'intervention	
Coût pour heures d'intervention par <u>SEMAINE</u>	
Coût pour heures d'intervention par <u>MOIS</u>	
Donc le reste à charge mensuel de la personne accueillie est estimé à :	

DEVIS - BON POUR ACCORD

Fait en deux exemplaires originaux, à

, le

Signatures de la personne accueillie et/ou de son représentant légal

NOM Prénom

NOM Prénom du représentant légal / Organisme

Agissant pour le compte de la personne désignée ci-dessus

Cocher la mesure de protection des majeurs existante :

Sauvegarde de justice Curatelle Tutelle

Signature et mention manuscrite « lu et approuvé »

NOM Prénom de la personne de confiance précédée de la mention manuscrite suivante « agissant en qualité de personne de confiance »