



# LIVRET INDIVIDUEL D'ACCOMPAGNEMENT

l'outil indispensable à avoir chez soi

Appartenant à :

Date de mise à jour : \_\_\_\_\_

DÉPARTEMENT DE  
**LEURE**  
en Normandie

[EUREENNORMANDIE.FR](http://EUREENNORMANDIE.FR)

Le livret individuel d'accompagnement, initié par le CDCA\*, est un document simple qui permet de regrouper tous les renseignements personnels, modifiables et indispensables à vous-même ou à toute personne chargée de régler des formalités en votre nom. Il est important de le compléter de manière détaillée, de le mettre à jour régulièrement et de le tenir à disposition afin de pouvoir être utilisé en situation d'urgence. *Eventuellement : mettre en documents joints des enveloppes spécifiques (fiches médicales, traitements en cours, régime...)*

\*Conseil départemental pour la citoyenneté et l'autonomie

## SOMMAIRE

### COORDONNÉES ET VIE QUOTIDIENNE

- Renseignements personnels et vie quotidienne
- Prestations sociales et suivi médical
- Mesures de protection et volontés anticipées

### COORDONNÉES DES ORGANISMES EN LIEN AVEC LES REVENUS ET CHARGES

# COORDONNÉES ET VIE QUOTIDIENNE

## RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

### COORDONNÉES :

Nom de naissance .....

Nom d'usage ..... Prénoms.....

Né(e) le .....à .....

Adresse .....

locataire  propriétaire  hébergé  usufruitier

Nom et adresse du propriétaire ou du tiers hébergeant : ..... Marié (e) ou  
pacsé (e) le .....à .....

Nom et prénom du conjoint .....

Divorcé (e) de .....

Date et lieu du divorce .....

Veuf/veuve de .....

Date et lieu du décès .....

### ENFANTS :

Nom et Prénom	Date et lieu de naissance	Adresse	Téléphone	Courriel

Personne(s) à prévenir (nom, adresse, téléphone, lien..) : .....

.....  
.....

Personne(s) de confiance (si différente) : .....

.....

**PAPIERS D'IDENTITÉ :**

Type	Numéro	Délivré(e) le	Département
Carte National d'Identité			
Permis de conduire			
Passeport			
Carte de Retraité(e)			
Carte de séjour			

**RELATIONS SOCIALES :**

Activités pratiquées	Coordonnées de l'association

**PRESTATIONS SOCIALES ET SUIVI MÉDICAL****PRESTATIONS SOCIALES :**

Numéro de Sécurité Sociale	
Caisse d'Assurance Maladie	
Mutuelle	
Aides sociale diverses CAF MSA APA MDPH	Numéro d'allocation ou de dossier :

## SUIVI MÉDICAL :

Groupe sanguin :

	Nom	Adresse	Téléphone
Généraliste			
Cardiologue			
Ophthalmologue			
Dentiste			
Radiologue			
ORL			
Gynécologue			

## AIDE À DOMICILE :

- J'emploie quelqu'un à domicile :  oui  non CESU :

oui  non

Coordonnées de la personne employée ou du service mandataire .....

.....

- J'emploie un service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) :  oui  non

Organisme intervenant : .....

Coordonnées : .....

- Portage de repas :  oui  non

Coordonnées : .....

- Téléassistance :  oui  non

Nom du prestataire : .....

N° de contrat : .....

Coordonnées des personnes référentes : .....

- Accueil de jour :  oui  non

Coordonnées : .....

- Autres services : .....

.....

**Conserver les pièces juridiques : sauvegarde, curatelle, tutelle**

Habilitation familiale  oui  non

Si oui, coordonnées de la personne désignée : .....  
.....

Habilitation entre époux  oui  non

Mandat de protection future  oui  non

Sauvegarde de justice  oui  non

Curatelle  oui  non

Tutelle  oui  non

Coordonnées du mandataire : .....

**VOLONTÉS ANTICIPÉES :**

Souhaitez-vous donner votre corps à la science ?  oui  non

*(dans ce cas, votre volonté doit être précisée par courrier manuscrit signé)*

Souhaitez-vous autoriser le prélèvement d'organes ?  oui  non

*(Si non, votre volonté doit être précisée par courrier manuscrit signé)*

Souhaitez-vous être incinéré ?  oui  non

Si oui, souhaitez-vous que vos cendres soient :

Mises en caveau ?  oui  non où ?.....

Mises en columbarium ?  oui  non où ?.....

Dispersées ?  oui  non où ?.....

Souhaitez-vous des obsèques religieuses ?  oui  non

Si oui, en quelle religion ? .....

Ministère du culte : .....

.....

..... Adresse

.....

Avez-vous des souhaits particuliers concernant la cérémonie ?  oui  non

Si oui, lesquels ?

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

Disposez-vous d'un caveau de famille ?  oui  non

Si oui, où ?.....

Mentions particulières : .....

Vous pouvez ajouter des mentions particulières manuscrites : .....

Date et signature :

## COORDONNÉES DES ORGANISMES EN LIEN AVEC LES REVENUS ET CHARGES

### REVENUS & CHARGES

#### RETRAITE PRINCIPALE, RETRAITE COMPLÉMENTAIRE, LOYERS, FERMAGES, RENTES :

Type de revenu	Nom et adresse (employeur - organisme)	Téléphone
salaire		
retraite principale		
retraite complémentaire		

#### PATRIMOINE :

Nature des biens	Adresse	Destination	Propriétaire	Crédit en cours

Coordonnées du notaire et/ou du gestionnaire : .....

#### ÉTABLISSEMENTS FINANCIERS :

Nom de la ou des banques / nom du conseiller	Type de compte (courant, épargne, titre...), numéro :

Procuration : .....

À : .....

**EMPRUNTS OU CRÉDITS À LA CONSOMMATION EN COURS :**

Organisme	Objet	Date de souscription	Date de dernière échéance

**IMPOTS ET CHARGES :**

	Centre de déclaration
Impôt sur le revenu. Numéro fiscal :	
taxe foncière	
taxe d'habitation	
autres impôts ou charges (pension) obligatoire alimentaire...	

**ASSURANCES :**

	Organisme	Numéro de contrat
responsabilité civile		
habitation		
véhicule		
vie		
décès		
contrat obsèques		
autres assurances		

**SERVICES PRESTATAIRES :**

Energie	Organisme	Contrat
électricité		
gaz		
eau		
téléphone fixe		
téléphone mobile		
box		
alarme		

Contrat d'entretien (nom et adresse) : .....

.....

DÉPARTEMENT DE L'EURE  
DIRECTION AUTONOMIE ET SANTE  
HOTEL DU DÉPARTEMENT

14, boulevard Georges-Chauvin  
27021 Evreux Cedex  
Tél 02 32 31 96 84