## ATTESTATION SUR L'HONNEUR EN QUALITÉ DE PERSONNE AIDEE

| Je soussigné(e),  |
|---|
| Prénom et nom de l'aidé :   |
| Date de naissance:  |
| Adresse:  |
|   |
| SI la personne aidée fait l'objet d'une habilitation familiale, d'une mesure de   |
| sauvegarde de justice ou de protection (tuteur, curateur), nom et prénom de son   |
| représentant légal attestant en son nom :   |
|   |
| Attends on a configuration of the of study and the formation of the original design of the |
| Atteste recevoir une aide régulière et fréquente de la part de :  |
| Prénom et nom de l'aidant :   |
| Date de naissance :   |
| Adresse:  |
|   |
| Lien avec la personne aidante :   |
| (conjoint, concubin, pacsé, ascendant, descendant, personne âgée ou en situation de handicap avec laquelle je réside et que j'aide régulièrement)   |
| En raison de :  |
| □ ma situation de handicap  |
| □ ma perte d'autonomie liée à l'âge   |
| Je bénéficie d'une prestation individuelle au titre du handicap ou de la dépendance, préciser la prestation :   |
| □ oui – précisez la prestation (APA , PCH, ACTP) :  |
| □non  |
| L'aide que mon proche m'apporte pour accomplir tout ou partie des actes de la vie quotidienne, porte notamment sur :  |
| ☐ L'alimentation (préparation des repas et/ou aide à la prise de repas)   |

| ☐ L'habillage   |
|---|
| □ L'hygiène (toilette, hygiène de l'élimination)  |
| □ Les déplacements et la mobilité   |
| □ La réalisation de transferts (lit, fauteuil, etc.)  |
| □ La gestion de tâches administratives et/ou financières  |
| ☐ L'aide aux courses  |
| □ L'accompagnement médical (prise de rendez-vous, suivi des traitements, etc.)  |
| ☐ Le soutien moral et psychologique / lien social   |
| □ La surveillance   |
| ☐ Autre (précisez)  |
|   |
|   |
|   |
|   |
|   |
| Fréquence de l'aide apportée :  |
| ☐ Quotidienne   |
|   |
| □ Quotidienne   |
| □ Quotidienne □ Plusieurs fois par semaine  |
| □ Quotidienne □ Plusieurs fois par semaine □ Autre (précisez) :   |
| □ Quotidienne □ Plusieurs fois par semaine □ Autre (précisez) :   |
| □ Quotidienne □ Plusieurs fois par semaine □ Autre (précisez) :   |
| □ Quotidienne □ Plusieurs fois par semaine □ Autre (précisez) :   |
| □ Quotidienne □ Plusieurs fois par semaine □ Autre (précisez) : □ Secretifie sur l'honneur que les informations ci-dessus sont exactes. Fait pour valoir ce que de droit. Je suis conscient(e) qu'une fausse déclaration m'expose à   |
| □ Quotidienne □ Plusieurs fois par semaine □ Autre (précisez) : □ Je certifie sur l'honneur que les informations ci-dessus sont exactes. Fait pour valoir ce que de droit. Je suis conscient(e) qu'une fausse déclaration m'expose à des poursuites et que ce certificat pourra être utilisé en justice.          |
| □ Quotidienne □ Plusieurs fois par semaine □ Autre (précisez) : □ Secretifie sur l'honneur que les informations ci-dessus sont exactes. Fait pour valoir ce que de droit. Je suis conscient(e) qu'une fausse déclaration m'expose à des poursuites et que ce certificat pourra être utilisé en justice.  Fait à : |

Le guide ministériel du réseau des référents nationaux directionnels et du SIRCOM d'octobre 2021 prévoit la possibilité que le rôle d'aidant soit constaté par la personne aidée ou à défaut par l'aidant luimême.