|  |
| --- |
| **Bénéficiaire** |

**Date de la demande : …../……/………**

**Civilité :** ☐ M ☐ Mme

**Nom d’usage : ……………………………………………………………………………………………………………………………….**

**Prénom** : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Né(e) le** : **…………………………………….. Age :** …………………………………………..

**Adresse**:……………………………………………………………………………………………………………………………….……….…….

**Code postal** : ……………………………………… **Commune** :……………………………………………………………………..

**Téléphone(s) :** …………………………………………………………………………………………………….…………………………….

**Email** : …………………………………………………………………………………….…………………………………………………….....

**Consignes particulières pour la prise de contact** (indiquer par exemple si la personne est malentendante, ou préciser des horaires d’appel ou de visite) : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Situation :**

☐ marié(e) ☐ veuf(ve) ☐ célibataire ☐ divorcé(e) ☐ séparé(e) ☐ pacsé(e) ☐ concubin(e) Nb enfants : ………………..

**Vit** : ☐ seul(e) ☐ en famille ☐ avec un conjoint ☐ avec un enfant

avec entourage (liens) : ……………………………………………………………………………………………………………………

avec animal de compagnie : …………………………………………………………………………………………………………….

**Logement** : ☐ maison ☐ appartement / **Etage :** …….

**Suivi des démarches** : ☐ Contacter la personne elle-même en priorité

 ☐ Contacter la personne ressource

**GIR** si connu : …….

N° sécurité sociale : …………………………………………………………………..

**Personne à contacter**

**Lien** (professionnel, famille, voisinage) : ……………………………………………………………………………………………

**NOM, Prénom** : ……………………………………………………………………………………………………………………………………

**Coordonnées**: …………………………………………………………………………………………………………………………………….

Est-elle désignée comme personne de confiance : ☐ Oui ☐ Non

|  |
| --- |
| **Coordonnées du rédacteur de la fiche** |

 ☐ Bénéficiaire ☐ Aidant ☐ Structure ☐ Professionnel libéral

**Nom Prénom** : ………………………………………………………………………..………………………………………………………... **Fonction** : ……………………………………………………………… **Structure** : ……………………………………………………….. **Service/unité** : ………………………………………………………………………………………………………………………………….. **Téléphone(s)** : ……………………………………………………… **Mail(s)** : ……………………………………………………………….

|  |
| --- |
| **Contexte de la demande (raison, fragilités et problématiques)** |

* Epuisement de l’aidant ☐ Liste d’attente pour une entrée en EHPAD
* Sortie d’hospitalisation ☐ Indisponibilité de l’aidant
* Perte d’autonomie ☐ Isolement social
* Refus de soins ☐ Isolement géographique

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

|  |
| --- |
| **Dispositifs intervenants au domicile et coordonnnées** |

 Aides ménagères : ………………..……………………………………………………………………………………………………....

 Portage de repas : ………………………………………………………………………………………………………………………….

 SSIAD : …………………………………………………………………………………………………………………………………………..

 SAD : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 HAD : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………

 Equipe mobile : ……………………………………………………………………………………………………………………………..

 Professionnels libéraux : ………………………………………………………………………………………………………………..

 Autres : …………………………………………………………………………………………………………………………………………

|  |
| --- |
| **Services et professionnels connus**  |

 **Prise en charge** : ☐ PCH ☐AAH ☐ APA ☐ Caisse de retraite

**Si en cours date de la demande** : ……………………………………………..

**Médecin traitant** : ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas **Informé de la demande** : ☐ Oui ☐ Non ☐ NSP **Nom Prénom** : …………………………………………………………………………………………………………………………………. **Adresse** :……………………………….……………………………………………………………………………………….………………… **Coordonnées** :………………………………………………..……………………………………………………………………………………

**Mesure de sauvegarde** ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

**Date de mise en place et durée** : ……………………………….

**Mesure protection juridique** : ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

**Type de mesure** : ☐ Curatelle ☐ Curatelle renforcée ☐ Tutelle **Date de mise en place et durée** : ……………………………………… **Habilitation familiale** : ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐ En cours

**Nom du mandataire / représentant légal** : …………………………………………………………………………………………

* Privé ☐ Associatif ☐ Familial

**Adresse** :………………………………….………………………………………………………………………………………….………………

**Coordonnées** :………………………………………………..……………………………………………………………………………………

**Mandat de protection future** ☐ Oui ☐ Non

**Directives anticipées** ☐ Oui ☐ Non

**Dossier Via Trajectoire renseigné** ☐ Oui ☐ Non **Si oui, n° dossier** …………………………………………………

# Hébergement temporaire sur les 6 derniers mois ? ☐ Oui ☐ Non

* Hébergement Temporaire ☐ Hébergement Temporaire Urgence

|  |
| --- |
| **Information dispositif CRT** |

Le/La bénéficiaire donne son accord pour être contacté par l’équipe du CRT ?

* Oui ☐ Non

Le représentant légal et/ou aidant donne son accord pour être contacté par l’équipe du CRT ?

* Oui ☐Non