

EMETTEUR DE LA DEMANDE

NOM / Prénom :

Organisme / Etablissement :

Tél :

Fax :

Mail :

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

Date :

Si hospitalisation, date d'entrée dans l'établissement :

Date de sortie prévue :

L'INTERESSE (E)

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Date de Naissance :

Adresse :

Tel :

Situation familiale : vit seul(e)

avec conjoint

avec famille

Nom du conjoint :

Nombre d'enfants : fille :

garçons :

Médecin traitant :

La personne référente ou le tuteur

Personnes référentes : *identités, Coordonnées et lien de parenté*

Représentant Légal : *tuteur, curateur, mandataire judiciaire*

La couverture sociale

Numéro d'immatriculation de Sécurité Sociale :

Caisse d'assurance maladie :

ALD : Oui

Non

Caisse de retraite principale :

Mutuelle :

SITUATION SOCIALE

Environnement et habitat

Décrire les éléments significatifs succinctement

Situation géographique :

Type d'habitat :

Problèmes d'accessibilité :

Problèmes de confort :

Aides techniques en place :

Plan d'aides et de soins en place

Dossier Caisse de retraite : CARSAT MSA RSI Autre

Dossier APA : Oui Non

Service d'Aides à domicile : Oui Non NOM :

Nombre d'heures :

Infirmière libérale : Oui Non NOM :

Nature des soins :

SSIAD : Oui Non NOM :

Portage de repas : Oui Non NOM :

Synthèse de la situation et démarches déjà effectuées / à envisager