**Date de la demande :**

**Personne concernée**

Coordonnées :

**Civilité**  M  Mme **Nom d’usage** :……………………………………. **Nom de naissance** : ……………………………………………..

**Prénom** :………………………………………………………….**Né(e) le** : ……../……../………….. **âge** : …………………………………………….

**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  propriétaire  locataire  en milieu rural  en milieu urbain **Etage :** …….

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

Contacter la personne ressource

**GIR** si connu : …….

**Personne de confiance (à contacter):**

**Lien** (professionnel, famille, voisinage) : ………………………………….. **NOM Prénom** :………………………………………

**Contacts** : …………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Contexte de la demande (origine de la demande et raisons)**

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

**Fragilités et problématiques connues**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Personne complétant la demande (coordonnées du rédacteur de la fiche)**

Libéral  Structure  Aidant  Bénéficiaire

Nom Prénom : ………………………………………………………………………………

Fonction : ……………………………………………………………… Structure : …………………………………………………………..

Coordonnées : ………………………………………………………………………………………………………………………………………

Téléphone(s) : ……………………………………………………… Mail(s) : ……………………………………………………………….

**Services et professionnels en place connus**

**Prise en charge** :  PCH  APA  Caisse de retraite  Oui  Non  En cours  Envisagée

**Médecin traitant** :  Oui  Non  Ne sait pas **Informé de la demande** :  Oui  Non  Ne sait pas

**Nom Prénom** : …………………………………………………………………. **Commune** : ………………………………………………………………

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

**Mesure de protection juridique** :  Oui  Non  Ne sait pas  En cours

**Nom du mandataire** : ……………………………………………………………………..  Privé  Associatif  Familial

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

**Type de mesure** :  Curatelle  Curatelle renforcée  Tutelle  Sauvegarde de justice

**Hébergement** :

**Demande de dossier ViaTrajectoire en cours ?**  Oui  Non

**Si oui, n° dossier** ……………………………………………….. **Pour quel EHPAD ?** ………………………………………………………………….

**Hébergement temporaire sur les 6 derniers mois ?**  Oui  Non

**Autres services ou professionnels :**

|  |  |
| --- | --- |
| **Service / professionnel**  (SAAD, SSIAD, professionnel libéral, portage repas…) | **Coordonnées** |
| Aides ménagères : |  |
| Portage repas : |  |
| Téléalarme : |  |
| SSIAD : |  |
| SAAD : |  |
| Infirmier libéral : |  |
| Professionnel libéral : |  |
| Autres : |  |

**Information dispositif CRT**

L’information relative au CRT Cœur du Bourbonnais a été donnée à l’usager ?  Oui  Non

L’usager donne son accord pour être contacté par l’équipe du CRT ?  Oui  Non

Commentaire de l’usager relatif au dispositif CRT : ………………………………………………………………………………………………

Adhésion de l’aidant proche ?  Oui  Non  Autre :