

Fiche administrative et sociale

ETAT CIVIL

- Nom / prénom : _____ Nom de jeune fille : _____
Date de naissance : _____ Age : _____ Commune de naissance : _____
- Adresse : _____
- Code postal : _____ Commune : _____ Téléphone : __/__/__/__/__ ou __/__/__/__/__

MOTIF DE LA DEMANDE / OBJECTIFS DE PRISE EN CHARGE

ENTOURAGE, SOUTIEN SOCIAL, VIE SOCIALE

- Situation matrimoniale : _____ Nombre d'enfants : _____
- La personne vit : Seule En couple Autre, préciser : _____
- Famille et entourage** : liste et coordonnées des personnes référentes :

Nom / Prénom :	Lien de parenté :	Adresse / CP Ville :	Numéro(s) de téléphone :
			__/__/__/__/__ __/__/__/__/__
			__/__/__/__/__ __/__/__/__/__
			__/__/__/__/__ __/__/__/__/__
			__/__/__/__/__ __/__/__/__/__
			__/__/__/__/__ __/__/__/__/__

Personne de confiance désignée par le patient parmi les personnes citées ci-dessus : _____

- La personne voit sa famille ou ses amis au moins une fois / semaine : Oui, qui ? _____ Non
- Il existe une personne qui peut aider quotidiennement si besoin : Oui, qui ? _____ Non
- La personne a un animal de compagnie : Oui Non
- La personne a un passe temps favori : Oui Non

AIDES SOCIALES

- Caisse d'assurance maladie** : _____ Adresse : _____
Numéro de SS : _____
- Mutuelle** : _____ Adresse : _____
N° adhésion : _____ Date de validité : _____
- Caisse de retraite principale** : _____ Adresse : _____
Montant perçu par la personne de la caisse (facultatif) : _____ € / an ou _____ € / mois
Ancienne profession (fonction occupée par la personne ou son conjoint dans le passé) : _____

- **Caisse de retraite complémentaire :** _____ Adresse : _____
Montant perçu par la personne de la caisse (facultatif) : _____ € / an ou _____ € / mois
- **Autres allocations perçues :**
 - APA** (Allocation Personnalisée d'Autonomie) Depuis (date) : _____ GIR de référence : _____
Numéro de dossier APA : _____ Résumé du plan d'aide : _____

 - ACTP** (Allocation Compensatrice de Tierce Personne) : _____
 - APL** (Allocation Personnalisée au Logement) : _____
 - FCH** (Fonds de compensation du handicap) : _____
 - Autre :** _____
- **Mesure de protection des biens :** Oui Non En cours - Laquelle ? _____ Date mise en place : _____
Représentant légal : Nom _____ Organisme : _____
Adresse : _____ Téléphone : __ / __ / __ / __ / __
- **Difficultés financières apparentes :** Oui Non Ne sait pas

AIDES HUMAINES EXISTANTES

Professionnels :	Nom du professionnel / Structure :	Adresse / CP Ville :	Précisions sur la nature des interventions :	Téléphone / Fax :
Intervenants médicaux et sociaux				
Médecin traitant				Tel : __ / __ / __ / __ / __ Fax : __ / __ / __ / __ / __
Pharmacien				Tel : __ / __ / __ / __ / __ Fax : __ / __ / __ / __ / __
Infirmier				Tel : __ / __ / __ / __ / __ Fax : __ / __ / __ / __ / __
Kinésithérapeute				Tel : __ / __ / __ / __ / __ Fax : __ / __ / __ / __ / __
SSIAD				Tel : __ / __ / __ / __ / __ Fax : __ / __ / __ / __ / __
Assistante sociale				Tel : __ / __ / __ / __ / __ Fax : __ / __ / __ / __ / __
Associations d'aide à domicile				
Aide à domicile				Tel : __ / __ / __ / __ / __ Fax : __ / __ / __ / __ / __
Portage de repas				Tel : __ / __ / __ / __ / __ Fax : __ / __ / __ / __ / __
Téléassistance				Tel : __ / __ / __ / __ / __ Fax : __ / __ / __ / __ / __
Autre				Tel : __ / __ / __ / __ / __ Fax : __ / __ / __ / __ / __