

Complété par : Date :

Provenance de la demande :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Etab. Médico-Social d'hébergement | <input type="checkbox"/> Domicile sans acc. Médico-Social ou HAD |
| <input type="checkbox"/> Héberge en étab de santé (MCO,PSY,SSR) | <input type="checkbox"/> Domicile avec acc. Médico-Social ou HAD |

 Coordonnées du contact :

Cadre réservé à HANDISSIAD
SSIAD DE :
Date sur liste d'attente ARCAD :
Sortie de la liste d'attente
Date :

« En application de l'article 34 de la loi du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de vérification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, **ou y porter modifications**, veuillez-vous adresser au secrétariat de la direction d'HANDISSIAD47 05.53.84.81.75 ou par mail handissiad@handi-ssiad47.fr »

TOUTE DEMANDE INCOMPLETE NE POURRA PAS ETRE TRAITEE

⚠	pièces	<input checked="" type="checkbox"/> Prescription médicale	<input checked="" type="checkbox"/> Attestation de droits
à Joindre	<input checked="" type="checkbox"/> Carte d'identité recto-verso	<input checked="" type="checkbox"/> Jugement de tutelle, curatelle	

 Bénéficiaire (usager) :

Nom / Prénom	Nom : <input type="text"/>	Prénom : <input type="text"/>
	Nom de jeune fille : <input type="text"/>	
Adresse d'intervention :	<input type="text"/>	
Condition de vie :	<input type="checkbox"/> Seule <input type="checkbox"/> Avec conjoint <input type="checkbox"/> Autre (à préciser) : <input type="text"/>	
Téléphone :	<input type="text"/>	
Situation familiale :	<input type="checkbox"/> Célibat. <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Autre	
Date et lieu de naissance :	DATE : <input type="text"/>	LIEU : <input type="text"/>
N° immatriculation :	<input type="text"/>	
Caisse (CPAM, MSA, ...):	<input type="text"/>	
Personne ressource :	Nom/Prénom/Téléphone : <input type="text"/>	
	Lien (père, mère): <input type="text"/>	
Aidant non professionnel :	Nom/Prénom/Téléphone : <input type="text"/>	
	Lien (père, mère): <input type="text"/>	
Mesure de protection :	<input type="checkbox"/> Tutelle <input type="checkbox"/> Curatelle Exercée par : <input type="text"/>	
Pathologie / Antécédents :	<input type="text"/>	
Besoins de l'usager :	<input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Soir <input type="checkbox"/> Autre(à préciser) : <input type="text"/>	
	<input type="checkbox"/> lundi au vendredi <input type="checkbox"/> Week-end <input type="checkbox"/> Jrs fériés	
	A partir du : <input type="text"/>	
Y a-t-il des soins infirmiers ?	<input type="text"/>	
Si oui, fréquence et nature des soins infirmiers :	<input type="text"/>	
Nom, tél et adresse de l'infirmière	<input type="text"/>	
Médecin traitant :	Nom : <input type="text"/>	Tél : <input type="text"/>
	Adresse: <input type="text"/>	
Mode de prise en charge actuelle :	<input type="text"/>	
P.C.H (Prestation de Compensation du Handicap)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Partie à saisir ou à compléter manuscritement par le demandeur

 case à cliquer pour cocher

COMMENTAIRES

Date :

--	--

Réponse apportée :

Motif si refus :

--	--