

SITUATION ACTUELLE D'HEBERGEMENT DU DEMANDEUR

Domicile - Chez un enfant/proche - Bailleur sociaux

Autre (précisez) :

Bénéficiez –vous d'un des dispositifs suivants :

Service de Soins Infirmier A Domicile - Service d'Aide à Domicile

Hospitalisation A Domicile

**Dans tous les cas préciser le nom de l'établissement ou du service*

MOTIF DE LA DEMANDE

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Logement insalubre | <input type="checkbox"/> Raisons médicales |
| <input type="checkbox"/> Logement temporaire | <input type="checkbox"/> Logement isolé |
| <input type="checkbox"/> Loyer trop élevé | <input type="checkbox"/> Environnement dégradé |

ASPECT FINANCIER DU DEMANDEUR

Comment sera financé les frais de séjour ?

Seule - Avec l'aide d'un ou plusieurs tiers

Allocation logement (APL/ALS) OUI - NON Demande en cours envisagée

Allocation personnalisée à l'autonomie* OUI - NON Demande en cours envisagée

Prestation de compensation du handicap/Allocation compensatrice pour tierce personne
OUI - NON

Date de la demande :

Signature du demandeur
Ou de son représentant légal

MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE

Oui NON

Si oui laquelle : Tutelle - Curatelle - Sauvegarde de justice - mandat de protection future

CONTEXTE DE LA DEMANDE D'ADMISSION :

En cas mesure juridique

Etat civil du représentant légal

Nom :

Nom d'épouse :

Prénoms :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Adresse actuelle complète :

Coordonnées téléphoniques

Filière : 0594

Mobile : 0694

Courriel :

@

Lien de parenté

Ou nom de l'établissement de Tutelle :

Adresse:

Coordonnées téléphoniques

Filière : 0594

Mobile : 0694

Courriel :

@

MOTIF DE LA DEMANDE

Fin/Retour d'hospitalisation

Maintien à domicile difficile

Rapprochement personne isolée

Accès aux soins

Autres (préciser) :

NOM ET COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT (nom, prénom, adresse, téléphone) :

ALLERGIES OUI - NON

Si oui, préciser

Taille :

Poids :

Fonctions sensorielles OUI - NON

Surdité OUI - NON

Cécité OUI - NON

Autre (préciser)

CONDUITES A RISQUE	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Alcool		
Tabac		
Sevrage		

AVIS DE LACOMMISSION		
AVIS	FAVORABLE	
	DEFAVORABLE	MOTIFS
Date	Nom et signature de l'élue déléguée	
DECISION DU MAIRE		
ATTRIBUTION		
REJET DE LA DEMANDE MOTIVEE :		
Date	tampon	Signature du MAIRE