



Date de la demande _____

Si vous faites la demande pour une tierce personne, merci de préciser :

Nom : _____ Prénom : _____

Téléphone : _____ Mail : _____

Nature du lien : _____

Renseignements concernant la personne

Nom de naissance : _____ Nom d'usage : _____

Prénom : _____ Féminin Masculin

Adresse : _____

Téléphone : _____ Répond au téléphone : Oui Non

Mail : _____ Contact uniquement par SMS

Date de naissance : _____ Lieu de naissance : _____

Numéro d'assuré social : _____

Affection de Longue Durée : Oui Non AME : Oui Non

Numéro allocataire CAF : _____

Conditions de vie

Vit seul (e) En couple Avec des enfants Avec un proche

Précisions sur le logement

Locataire Propriétaire Hébergé
 Maison plain-pied Maison à étage Appartement rdc Appartement à l'étage
 Avec ascenseur Sans ascenseur

Mesure de protection juridique

Pas de mesure Curatelle Curatelle renforcée Tutelle
 Habilitation familiale Autres Demande en cours

Coordonnées de la personne ou du service exerçant la mesure : _____



Situation actuelle

- En arrêt maladie En invalidité En activité
 Sans activité Sans ressources

Notifications d'orientation MDPH

- SAVS SAMSAH Pas de notification Demande en cours

Dates notification d'orientation : du _____ au _____

Numéro dossier MDPH : _____

Autres droits MDPH

- AAH Complément AAH
 CMI Invalidité CMI Priorité
 CMI Stationnement
 PCH, Détails : _____
 Orientation professionnelle et/ou formation

Renseignements concernant le proche aidant

Nom : _____ Prénom : _____

Téléphone : _____ Mail : _____

Nature et fréquence du soutien apporté : _____

Informations concernant la situation de handicap

- Troubles moteurs Troubles cognitifs Troubles sensoriels

Autres :

Descriptif des troubles : _____

Utilisation transports en commun Oui Non

Marche intérieure Oui Non

Marche extérieure Oui Non

Détails : _____



Aides techniques existantes

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Aucune | <input type="checkbox"/> Canne anglaise | <input type="checkbox"/> Déambulateur |
| <input type="checkbox"/> Lit médicalisé | <input type="checkbox"/> Fauteuil Roulant Manuel | <input type="checkbox"/> Fauteuil Roulant Electrique |
| <input type="checkbox"/> Autres : _____ | | |

Intervenants/réseau partenarial et coordonnées

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Médecin traitant : _____ | <input type="checkbox"/> Kinésithérapeute : _____ |
| <input type="checkbox"/> IDEL jour : _____ | <input type="checkbox"/> IDEL nuit : _____ |
| <input type="checkbox"/> Orthophoniste : _____ | <input type="checkbox"/> Assistante sociale : _____ |
| <input type="checkbox"/> SSIAD : _____ | <input type="checkbox"/> SAAD : _____ |
| <input type="checkbox"/> Médecins spécialistes : _____ | <input type="checkbox"/> Autres : _____ |
| <input type="checkbox"/> Ergo : _____ | <input type="checkbox"/> HAD : _____ |
| <input type="checkbox"/> CMP : _____ | |

Besoins identifiés de la personne

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Aide humaine | <input type="checkbox"/> Vie sociale/vie citoyenne | <input type="checkbox"/> Soutien psychologique |
| <input type="checkbox"/> Aide technique | <input type="checkbox"/> Logement (demande) | <input type="checkbox"/> Accessibilité transport |
| <input type="checkbox"/> Aide financière | <input type="checkbox"/> Etablissements médico-sociaux | <input type="checkbox"/> Emploi |
| <input type="checkbox"/> Accès aux droits, législation | <input type="checkbox"/> Santé, soins | <input type="checkbox"/> Infos SAVS, SAMSAH-ERPA |
| <input type="checkbox"/> Autres | | |

Informations complémentaires

Pour tout renseignement complémentaire, vous pouvez joindre le service ERPA au

02.51.89.98.00