



**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 seule  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, Détailler \_\_\_\_\_  
 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

Détaillez :



### 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, préciser : _____ |  |  |

### 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

Sans notification d'orientation SAVS, il n'y aura pas d'inscription sur la liste d'attente du SAVS

Pour tout renseignement complémentaire, vous pouvez joindre le service :

SAVS de NANTES :

**02.51.89.98.00 / savs.nantes@apf.asso.fr**