

DEMANDE D'ADMISSION AUX ACT « THERAPARTS »

DOSSIER SOCIAL TYPE

Date de demande : _____ Date de la réponse : _____ Date d'admission : _____

ORIGINE DE LA DEMANDE

Référent social :

Nom et coordonnées de la structure :

Tel/fax :

Personne concernée par la demande

Nom, Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Pour un dossier complet, merci de vous assurer de nous faire parvenir les éléments suivants :

- le volet médical (sous pli confidentiel)
- le volet social
- un courrier de la personne qui formule la demande
- une note sociale précisant tous les éléments nécessaires à l'étude de la demande
 - l'évaluation de l'autonomie de la personne
 - l'environnement social et familial de la personne
 - le parcours au niveau du logement/de l'hébergement
 - l'existence ou non d'un accompagnement par un service spécialisé en cas de pathologie associée (troubles psychiatriques, addiction...)

SITUATION ACTUELLE AU REGARD DU LOGEMENT

- Logement autonome
 Colocation
 Hébergé(e) : *préciser*
- SDF
 En structure : *préciser*

SITUATION PROFESSIONNELLE

- Sans emploi
 étudiant(e)
 salarié
préciser l'emploi occupé et le type de contrat
- Retraité(e)
 Autre (préciser)
 demandeur(euse) d'emploi

RESSOURCES

Nature (salaire, IJ, RSA...)	DEMANDEUR	ACCOMPAGNANT
	montant	montant

CHARGES

Nature (loyer, mutuelle...)		
Dettes éventuelles		

PARTENAIRES

Autres intervenants :

Mesure de protection : tutelle curatelle renforcée curatelle demande en cours

Service exerçant la mesure :

Nom du référent :
