

## Fiche administrative et sociale

### ETAT CIVIL

- Nom / prénom : \_\_\_\_\_ Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_ Commune de naissance : \_\_\_\_\_
- Adresse : \_\_\_\_\_
- Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_ ou \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

### MOTIF DE LA DEMANDE / OBJECTIFS DE PRISE EN CHARGE

---



---



---



---

### ENTOURAGE, SOUTIEN SOCIAL, VIE SOCIALE

- Situation matrimoniale : \_\_\_\_\_ Nombre d'enfants : \_\_\_\_\_
- La personne vit :  Seule  En couple  Autre, préciser : \_\_\_\_\_
- **Famille et entourage : liste et coordonnées des personnes référentes :**

Nom / Prénom :	Lien de parenté :	Adresse / CP Ville :	Numéro(s) de téléphone :
			__/__/__/__/__ __/__/__/__/__
			__/__/__/__/__ __/__/__/__/__
			__/__/__/__/__ __/__/__/__/__
			__/__/__/__/__ __/__/__/__/__
			__/__/__/__/__ __/__/__/__/__

**Personne de confiance désignée par le patient** parmi les personnes citées ci-dessus : \_\_\_\_\_

- La personne voit sa famille ou ses amis au moins une fois / semaine :  Oui, qui ? \_\_\_\_\_  Non
- Il existe une personne qui peut aider quotidienne si besoin :  Oui, qui ? \_\_\_\_\_  Non
- La personne a un animal de compagnie :  Oui  Non
- La personne a un passe temps favori :  Oui  Non

### AIDES SOCIALES

- **Caisse d'assurance maladie :** \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_  
Numéro de SS : \_\_\_\_\_
- **Mutuelle :** \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_  
N° adhésion : \_\_\_\_\_ Date de validité : \_\_\_\_\_
- **Caisse de retraite principale :** \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_  
Montant perçu par la personne de la caisse (facultatif) : \_\_\_\_\_ € / an ou \_\_\_\_\_ € / mois  
Ancienne profession (fonction occupée par la personne ou son conjoint dans le passé) : \_\_\_\_\_

• **Caisse de retraite complémentaire :** \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_  
 Montant perçu par la personne de la caisse (facultatif) : \_\_\_\_\_ € / an ou \_\_\_\_\_ € / mois

• **Autres allocations perçues :**

**APA** (Allocation Personnalisée d'Autonomie) Depuis (date) : \_\_\_\_\_ GIR de référence : \_\_\_\_\_  
 Numéro de dossier APA : \_\_\_\_\_ Résumé du plan d'aide : \_\_\_\_\_

**ACTP** (Allocation Compensatrice de Tierce Personne) : \_\_\_\_\_

**APL** (Allocation Personnalisée au Logement) : \_\_\_\_\_

**FCH** (Fonds de compensation du handicap) : \_\_\_\_\_

**Autre :** \_\_\_\_\_

• **Mesure de protection des biens :**  Oui  Non  En cours - Laquelle ? \_\_\_\_\_ Date mise en place : \_\_\_\_\_

**Représentant légal :** Nom \_\_\_\_\_ Organisme : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_

• **Difficultés financières apparentes :**  Oui  Non  Ne sais pas

**AIDES HUMAINES EXISTANTES**

Professionnels :	Nom du professionnel / Structure :	Adresse / CP Ville :	Précisions sur la nature des interventions :	Téléphone / Fax :
<b>Intervenants médicaux et sociaux</b>				
Médecin traitant				Tel : __/__/__/__/_ Fax : __/__/__/__/_
Pharmacien				Tel : __/__/__/__/_ Fax : __/__/__/__/_
Infirmier				Tel : __/__/__/__/_ Fax : __/__/__/__/_
Kinésithérapeute				Tel : __/__/__/__/_ Fax : __/__/__/__/_
SSIAD				Tel : __/__/__/__/_ Fax : __/__/__/__/_
Assistante sociale				Tel : __/__/__/__/_ Fax : __/__/__/__/_
<b>Associations d'aide à domicile</b>				
Aide à domicile				Tel : __/__/__/__/_ Fax : __/__/__/__/_
Portage de repas				Tel : __/__/__/__/_ Fax : __/__/__/__/_
Téléassistance				Tel : __/__/__/__/_ Fax : __/__/__/__/_
Autre				Tel : __/__/__/__/_ Fax : __/__/__/__/_