

BÉNÉFICIAIRE INFORMÉ ET D'ACCORD : oui non

Date de la demande : / / Date de Réception de la demande (réservé à l'EMER) : / /

IDENTITÉ DU BÉNÉFICIAIRE :

NOM : NOM DE NAISSANCE :
 PRENOM : Sexe F M
 Date de Naissance : Tél fixe : Portable :
 Adresse : Email :

MESURE DE PROTECTION : OUI NON

Si oui, type de mesure : Nom et prénom du mandataire :
 Organisme :
 Téléphone : Mail :

IDENTITE DU DEMANDEUR :

Nom :
 Prénom :
 Profession/structure
 Adresse :
 Tél fixe : Tél portable :
 Email :

MÉDECIN TRAITANT ET SPÉCIALISTES MPR :

Nom du Médecin Traitant :
 Adresse :
 Tél : Mail :
Suivi MPR :
 Centre : Médecin :
 Est-il informé : Oui Non

PERSONNE DE CONFIANCE ET/OU A PREVENIR :

Nom : Lien avec l'utilisateur :
 Prénom : Téléphone :

PATHOLOGIE ENTRAINANT LES LIMITATIONS D'ACTIVITÉS :

CADRE DE VIE DU BENEFICIAIRE :

Situation familiale :
 Vit seul Entourage

SITUATION DU BENEFICIAIRE AU MOMENT DE LA DEMANDE :

- Hospitalisé : lieu Date de sortie prévue :
- Au domicile : Avec intervenants extérieurs précisez
-

<i>Intervenants au domicile (IDE, SAD, SSIAD, Auxiliaires de rééducation...)</i>	<i>Coordonnées</i>	<i>Type d'Intervention</i>

- En établissement médico-social : précisez
- Autres :

MOTIF DE LA DEMANDE :

.....

- Evaluation du domicile/amélioration de l'accessibilité
- Evaluation des besoins en aides humaines
- Amélioration de la participation sociale
- Autre, précisez :
- Evaluation aides techniques (Fauteuil roulant...)
- Information, conseils ou orientation
- Aide aux démarches administratives