

**LE DEMANDEUR**

Nom de la structure :  
 .....  
 Date de la demande : .... / .... / .....

Nom du demandeur :  
 .....  
 Fonction : .....

☎ |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|  
 @.....

**CHAMP D'INTERVENTION**

Structure et association sociale ou d'insertion  
 Services sociaux  
 Structure d'accueil et d'accompagnement des migrants  
 Partenaires médico-sociaux,  
 Partenaires psychiatriques  
 Partenaires sanitaires somatiques  
 Par la personne elle-même  
 Autre origine de la demande  
 Ne sait pas

Autre professionnel(le) :

**MERCI DE JOINDRE UN DOCUMENT D'IDENTITÉ**

NOM : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .... / .... / ..... Lieu de naissance : ..... Nationalité : .....

Sexe : Féminin  Masculin  Situation administrative : .....

Langue parlée : ..... Interprétariat : oui  (Z6030) non

Adresse Lieu de Vie : .....

Adresse Domiciliation : .....

Tél : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| e-mail.....

Protection juridique : non  oui  (Z653) curatelle simple  curatelle renforcée  tutelle  ne sait pas

Responsable de la mesure : .....

Personne de confiance : .....

**LIEU DE VIE :**

Fixe stable (propriétaire ou locataire avec contrat nominatif)  
 Famille, ami (hébergé à titre payant ou gratuit)  
 Hébergé par organisme ou association de façon suivie (Z590)  
 Hébergement d'urgence pour quelques nuitées y compris 115 (Z590)  
 Bidonville, squat, caravane ( Z5913) (Z595)  
 Rue dont voiture (Z590) (Z595)  
 Autre  
 Ne sait pas

**MODE DE VIE :**

Célibataire  
 Marié(e)  Pacsé(e)  
 Veuf(ve)  
 Concubin(e)  
 Séparé(e)  
 Divorcé(e)  
 Sans info  
 Nombre d'enfants ..... dont ..... vivant(s) au foyer

**RESSOURCES :**

Salaire  Invalidité  Retraite  Assedic   
 RSA  (Z5962) A.A.H.  (Z5968) Sans ressources  (Z5950 / Z5958)  
 Sans info  Autre : .....

Situation Pro : .....

**PROTECTION SOCIALE : ( fournir attestation)**

N° Sécu : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|  
 Régime général  Mutuelle  ALD 30  Sans Info   
 AME  (Z5961) CMU  (Z5960) ACS  (Z5960)  
 Aucune  (Z5970) Demande en cours  (Z5970)

**DONNEES MEDICALES (si connues)**

MEDECIN TRAITANT : non  oui  Coordonnées :  
 .....

ANTECEDENTS SOMATIQUES :  
 .....

TRAITEMENT :  
 .....

ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES :  
 .....

TRAITEMENTS :  
 .....

