

VOLET SOCIAL

Ce dossier, exclusivement destiné au service social de l'établissement nous permettra, en connaissant votre situation actuelle, de mieux faire valoir vos droits (allocations diverses, invalidité, aides humaines).

ETAT CIVIL

Nom : Prénom :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Adresse :

Code postal : Ville : Téléphone :

SITUATION FAMILIALE : Célibataire Marié Séparé Divorcé Veuf Union libre

COMPOSITION DE LA FAMILLE

	Nom	Prénom	Année de naissance	téléphone
CONJOINT				
ENFANTS				
PERE				
MERE				
FRATRIE				

HABITAT

Type (villa, appartement, etc)..... Etage:.....

Si le malade est en fauteuil roulant, le logement est-il accessible ? Oui Non

Etes-vous : Propriétaire locataire (loyer mensuel) Autre

SITUATION ADMINISTRATIVE

Mesure de protection juridique : Curatelle Tutelle Aucune

Nom et adresse du tuteur :

.....

Téléphone : Portable :

Disposez-vous d'une mutuelle : Oui Non Nom et numéro :

Avez-vous une carte d'invalidité ? Oui Non Demande en cours

Si oui, merci d'en joindre une photocopie. Pensez à apporter votre carte lors de votre séjour.

SITUATION PROFESSIONNELLE

Avez-vous déjà travaillé ? Oui Non

Profession actuelle ou dernière profession exercée :

Année de début de travail : Arrêt de travail depuis le :

Cause de l'arrêt de travail : Maladie Retraite Démission ou fin de contrat Autre

Votre conjoint ou vos parents (pour le patient résidant chez ses parents) travaille(ent)-il(s) ? Oui Non

Si oui, profession du conjoint : Profession des parents :

RESSOURCES

L'exactitude de votre réponse nous permettra de savoir si vous bénéficiez de toutes les aides financières existantes, et éventuellement de les rajuster.

Salaire : Oui Non Montant :

Retraite : Oui Non Montant :

Invalidité de sécurité sociale : Oui Non

Si oui, catégorie : 1 2 3 (avec majoration tierce personne Sécurité Sociale)

Montant : Date d'attribution :

Allocation Adultes Handicapés :

Oui Non Depuis le : Montant :

Allocation Compensatrice pour Tierce Personne :

Oui Non Depuis le : Taux : Montant :

Aides au logement (Allocation logement, A.P.L.)

Oui Non

AIDES EN PERSONNEL A DOMICILE

Tierce personne (de la famille) : Oui Non Temps consacré :

Auxiliaire de vie (service extérieur) : Oui Non Temps consacré :

Femme de ménage (employée par la famille) : Oui Non Temps consacré :

Aide ménagère (fournie par un service extérieur) : Oui Non Temps consacré :

Infirmière (libérale ou service de soins à domicile) : Oui Non Temps consacré :

Aide-soignante : Oui Non Temps consacré :

Kinésithérapeute : Oui Non Temps consacré :

Autre (amis, voisins, etc) : Oui Non Temps consacré :

Le malade est-il connu d'un service social ? Oui Non

Si oui, nom et adresse de l'Assistant(e) Social(e) :

Téléphone : Permanence :

PERSONNE A CONTACTER AU COURS DU SEJOUR

Nom : Prénom : Parenté (ou ami) :

Adresse :

Téléphone : Professionnel : Portable :