

## 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  Divorcé  Veuf  Union libre

### COMPOSITION DE LA FAMILLE

	Nom	Prénom	Année de naissance	téléphone
<b>CONJOINT</b>				
<b>ENFANTS</b>				
<b>PERE</b>				
<b>MERE</b>				
<b>FRATRIE</b>				

### 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 : .....

## 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

## RESSOURCES ET DISPOSITIFS D'AIDES

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 : .....

### **Plan d'aides par la MDPH**

Oui  Non

### **Plan d'aides ADPA**

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 : .....

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 : .....

**Les renseignements contenus dans ce questionnaire sont strictement confidentiels. N'hésitez pas à prendre contact avec le service social durant votre séjour**