Formulaire de demande pour l’EAAR LVO

Adresse unique d’envoi : **contact@eaar-lvo.com**

La demande concerne : [ ]  **Ergo** [ ]  **Psycho** [ ]  **Diet**

|  |  |
| --- | --- |
| **CHAMPS OBLIGATOIRES** | Bénéficiaire concerné par la demande |
| Identité et informations | Adresse |
| NOM : *Entrer du texte ici* | N° : *Entrer du texte ici* |
| Prénom : *Entrer du texte ici* | Rue : *Entrer du texte ici* |
| Nom de naissance : *Entrer du texte ici* | Code Postal : *Entrer du texte ici* |
| Date de naissance : *Entrer du texte ici* | Ville : *Entrer du texte ici* |
| Sexe : [ ]  F [ ]  M | Téléphone : *Entrer du texte ici* |
|  |  |
| Professionnel à l’origine de la demande |
| NOM, Prénom : *Entrer du texte ici* | Fonction : *Entrer du texte ici* |
| Structure : *Entrer du texte ici* |  |
| [ ]  Je souhaite recevoir un compte-rendu de suivi par : | [ ]  Téléphone : *Entrer du texte ici* |
|  | [ ]  Mail : *Entrer du texte ici* |
|  |  |
| Objet / Motif de la demande |
| *(Autonomie fonctionnelle, décisionnelle, Santé, Entourage non professionnel, professionnel,**Lieu de vie de la personne, Aspects économiques et administratifs)**Entrer du texte ici………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………* |
| Le consentement de la personne a-t-il été collecté ? [ ]  Oui [ ]  Non |

|  |  |
| --- | --- |
| **FACULTATIF** | Personne ressource du bénéficiaire |
| NOM, Prénom : *Entrer du texte ici* | Protection juridique : [ ]  Oui [ ]  Non |
| Lien avec la personne : *Entrer du texte ici* | Type de mesure : *Entrer du texte ici* |
| Téléphone : *Entrer du texte ici* | Représentant légal : *Entrer du texte ici* |
| Mail : *Entrer du texte ici* |  |
| Informations complémentaires |
| Situation familiale : *Choisissez un élément.* | Nombre d’enfants : *Entrer du texte ici* |
| GIR : *Entrer du texte ici* Bénéficiaire de : [ ]  ADPA [ ]  PCH [ ]  Autre *Entrer du texte ici* |
| Intervenant(s) du domicile : | Nom Prénom/ Structure | Téléphone/ Mail |
| Médecin traitant | *Entrer du texte ici* | *Entrer du texte ici* |
| SSIAD | *Entrer du texte ici* | *Entrer du texte ici* |
| SAD | *Entrer du texte ici* | *Entrer du texte ici* |
| Portage de repas | *Entrer du texte ici* | *Entrer du texte ici* |
| ESA | *Entrer du texte ici* | *Entrer du texte ici* |
| HAD | *Entrer du texte ici* | *Entrer du texte ici* |
| IDE | *Entrer du texte ici* | *Entrer du texte ici* |
| SEAPA | *Entrer du texte ici* | *Entrer du texte ici* |
| Autre | *Entrer du texte ici* | *Entrer du texte ici* |
|  |