



FICHE NAVETTE

IDENTITE DE LA PERSONNE	
NOM :	
Prénom :	
Date de naissance :	
Adresse :	
CP :	Ville :
N° de Téléphone :	
Mesure de protection, le cas échéant :	
Médecin traitant : <input type="checkbox"/> OUI Nom, Prénom : <input type="checkbox"/> NON	
Absence de suivi médical : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
N° de sécurité sociale :	
N° MDPH :	
N° CAF :	

COORDONNEES DE LA PERSONNE QUI FAIT LA DEMANDE
NOM / Prénom :
Référent du dossier :
Fonction du professionnel :
Mail :
Téléphone Pro :
Adresse :

AIDANT FAMILIAL
Nom :
Prénom :
Adresse :
N° de téléphone :



Contexte de la demande et les difficultés rencontrées :

Besoins repérés :	
De la personne	De l'aidant familial
<input type="checkbox"/> Evaluation par l'équipe <input type="checkbox"/> Situation complexe besoin de relais <input type="checkbox"/> Aide dans la gestion de l'administratif <input type="checkbox"/> Connaître mes droits <input type="checkbox"/> Changement de projet de vie <input type="checkbox"/> Risque de rupture de parcours (logement, santé, droits...) <input type="checkbox"/> Faire reconnaître mes difficultés auprès de la MDPH <input type="checkbox"/> Accompagnement dans le parcours de vie <input type="checkbox"/> Autres	<input type="checkbox"/> Epuisement de l'aidant <input type="checkbox"/> Besoin de répit <input type="checkbox"/> Besoin d'aide pour les démarches administratives <input type="checkbox"/> Connaître mes droits <input type="checkbox"/> Autres

Quels sont les partenaires, actions, dispositifs déjà sollicités avant La Plateforme de Services ?

Quels sont les relais ?

La personne est-elle en accord avec la demande ?

OUI

NON

Si Non, pourquoi ?

Pensez-vous que votre situation nécessite un traitement en urgence. Si oui, pourquoi ?

.....

.....



.....
Avis de la plateforme de services :

- Favorable
- Défavorable

Suggestions et pistes de travail :

Déposé le : __/__/__

Etudié le : __/__/__

1er rendez-vous le : __/__/__

