

FORMULAIRE DE PREMIÈRE DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

Présentation: *“L’équipe mobile 107 précarité” travaille avec un public qui est à la fois en grande précarité, rencontre une problématique de santé mentale, ne formule pas obligatoirement de demande de soutien et dont le réseau est soit absent, soit épuisé. L’objectif de l’équipe est de créer du lien avec la personne pour la soutenir dans son projet et les démarches qui le composent, et la rattacher progressivement au réseau de soutien formel ou informel le plus approprié et pérenne.*

Ce formulaire est destiné à introduire une nouvelle demande de suivi par l’équipe mobile 107 précarité. Merci de la remplir aussi complètement que possible. Si certaines informations manquent, l’équipe se chargera de les trouver après analyse de la demande.

Les nouvelles demandes sont étudiées en équipe chaque semaine. Un retour vous sera fait dans les plus brefs délais.

A. Informations sur le demandeur :

S’il s’agit d’une institution

Nom de l’institution :

Nom et fonction du travailleur demandeur :

S’il s’agit d’une personne

Identité du demandeur :

Lien avec la personne pour qui la demande de prise en charge est effectuée (ami, famille, voisin, la personne elle-même) :

Numéro de téléphone :

Adresse électronique:

B. Informations générales sur la personne concernée :

Nom :

Prénom :

Sexe :

Date de naissance :

Nationalité :

Langues :

Lieu de vie actuel (rue, appartement, centre d'accueil d'urgence, ...):

Moyens de contact (téléphone, adresse email, personne ou institution relais, ...) :

Réseau actuel ou passé (Nom de l'institution et du référent s'il est connu , par exemples un service de santé mentale, centre de jour, maison médicale, service social, abris de nuit,

Administrateur de Bien /Administrateur de Personne ...) :

-
-
-
-
-
-

C. Historique des hébergements

(Année, nom du centre ou de la maison d'accueil, personne de référence si possible)

-
-
-
-
-

D. Informations sociales :

Logement et type d'adresse de la personne (merci de préciser l'adresse s'il y a lieu)

Adresse de référence :

Sans domicile :

Domicilié chez un tiers :

Possède un domicile :

Revenus

La personne perçoit-elle des revenus ?:

Si oui lesquels (Salaire, RIS, Chômage, Mutuelle, Allocation, ...) et combien ?:

La personne est-elle endettée ?

Si oui combien ?

Un médiation de dette est-elle organisée ?

Si oui par quel organisme (et personne de contact) ?

Assurance santé

La personne est-elle couverte par une mutuelle ?

Si oui laquelle ?

Est-elle en ordre ?

La personne bénéficie-elle de l'aide médicale d'urgence (AMU) ?

Si oui, jusqu'à quand est-elle valable ?

Est-elle en possession d'une carte médicale ?

Si oui, jusqu'à quand est-elle valable ?

Quel CPAS est compétent et qui est le contact sur place (nom, prénom, numéro de téléphone et adresse électronique si possible):

Environnement familial

La personne est-elle mariée ?:

Elle a des enfants ?:

Entretient-elle des contacts avec la famille ? Avec des amis ?

Si oui, qui ? (Nom, prénom, lien avec la personne et numéro de téléphone)

-
-
-
-
-

E. Motif de la demande :

F. Projet(s) de la personne :

Partie réservée à l'équipe 107

Admission pour une prise en charge ? Oui – Non

Si non, pourquoi ?

Binôme de référence :

Date et raison de la clôture :
