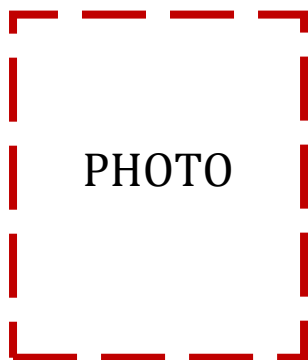


Réseau Handicap Psychique



Réservé au RéHPsy

N° d'anonymisation : _____

Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale

DEMANDE D'INTERVENTION

I – PERSONNE CONCERNEE : L'USAGER

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance :

Adresse du logement actuel : _____

Ville : _____ Code postal :

Téléphone :

adresse électronique : _____@_____

N° de Sécurité Sociale : _____

II – PERSONNE OU STRUCTURE QUI ACCOMPAGNE LA DEMANDE

Personne référente Nom : _____ Prénom : _____

Fonction : _____

Structure : _____

Adresse postale : _____

Téléphone :

Adresse électronique : _____@_____

III – MOTIVATION DE LA DEMANDE ?

(Exposé de la situation en précisant les difficultés actuelles)

↳ **Pour l'utilisateur : (à remplir par la personne concernée)**

↳ **Pour la personne ou la structure qui accompagne la demande :**

IV – SITUATION ACTUELLE

↪ Type de Logement :

Personnel Foyer d'accueil Médicalisé Foyer de vie
Familial Maison d'accueil spécialisée Foyer logement
Collectif Foyer d'hébergement Autre, à préciser : _____

↪ Situation familiale :

Célibataire Séparé(e) Veuf (ve) Pacsé(e)
En couple Divorcé(e) Marié(e)
Nombres d'enfants : _____

↪ Situation professionnelle :

Emploi en milieu ordinaire Emploi en milieu protégé
Formation professionnelle Pôle emploi sans emploi

↪ Environnement familial :

- Mère : _____ âge : _____ profession : _____
- Père : _____ âge : _____ profession : _____
- Nombre de frères et sœurs : _____ Place de l'usager dans la fratrie : _____

↪ Vie sociale / quotidienne :

Service d'accompagnement (SAVS / SAMSAH) Aide à domicile
Service d'Activité de Jour (SAJ) Sans aide Autre, à préciser : _____

↪ Ressources :

Salaire AAH Indemnité maladie
Indemnités chômage RSA Rente accident travail
Pension invalidité Sans ressources Autre, à préciser : _____

↪ Mesure de protection :

Sans mesure Curatelle simple Tutelle
Sauvegarde de justice Curatelle renforcée Autre, à préciser : _____

↪ Situation au regard de la santé : (joindre impérativement copies de l'attestation CPAM et Mutuelle)

- CPAM Caisse de référence : _____
- CMU : oui non ALD : oui non

• Coordonnées de la mutuelle : _____

• Nom et coordonnées du médecin traitant déclaré : _____

• Suivi spécialisé :

Hospitalisation complète : oui non depuis le : _____
Hôpital de jour : oui non depuis le : _____
CMP : oui non depuis le : _____
CATTP : oui non depuis le : _____

Médecin psychiatre : oui non

Nom et coordonnées : _____

Autre(s) médecin(s) spécialisé(s) : Nom et coordonnées : _____

↩ **Déplacements :**

Permis de conduire : oui non
Accès à un véhicule : oui non
Utilisation des transports en commun : oui non

↩ **Reconnaissance d'une situation de handicap :** Oui Non

● Si oui, décision(s) de la CDAPH en cours (à préciser avec dates de fin) :

AAH : _____ SAVS : _____ RQTH : _____

Orientation professionnelle : _____ Autre(s) : _____

● Demande(s) adressée(s) à la CDAPH en attente de décision (à préciser) : _____

Le médecin traitant (psychiatre ou généraliste) est-il informé de cette demande d'intervention ?

Oui Non

V – DOCUMENTS UTILES A JOINDRE AVEC VOTRE FORMULAIRE

Au niveau de la santé	Au niveau social
<ul style="list-style-type: none">•Attestation de sécurité sociale•Carte de mutuelle•Copie de l'ordonnance en cours•Bilan(s)et compte(s)-rendu(s)	<ul style="list-style-type: none">•copie de la Carte d'identité ou carte de séjour (obligatoire)• Jugement en cas de mesure de protection•Décisions de la CDAPH :<ul style="list-style-type: none">✗ Décision AAH✗ Décision RQTH ; Décision PC✗ Orientation ESAT / Orientation professionnelle✗ Orientation SAVS / SAMSAH / établissement médico-social

Date: _____ / _____ / _____ et signatures

L'utilisateur (obligatoire)

La personne ou la structure qui accompagne la demande

Ce document est à retourner à l'adresse, ci-dessous.

Accompagné impérativement la demande de prise en charge, complétée et signée.

GCSMS RéHPsy

Au Centre Ambulatoire de Santé Mentale

8, Place du Conseil National de la Résistance – 38400 St Martin d'hères

Tél. : 04 56 58 84 30 - Courriel : contact@rehpsy.fr