CCAS
LES PENNES-MIRABEAU

FICHE DE LIAISON

Date : .....

Professionnels connaissant la personne : .....
Recueil des informations par : ..... **ou** ☐ anonymat

IDENTITÉ DE LA PERSONNE CONCERNÉE

NOM : ..... **Prénom** : .....
Date de naissance : ..... **N° Sécu** : .....
Adresse: .....
Tel fixe : ..... **Mobile** : .....
La personne est-elle informée de la démarche : ☐ oui ☐ non **Dépendance, GIR** : .....
Médecin traitant : **NOM** ..... **Mobile** : .....
Mail : .....

PERSONNE RÉFÉRENTE/AIDANT

NOM : ..... **Prénom** : .....
Lien de parenté : ..... **Mail** : .....
Tel fixe : ..... **Mobile** : .....

FRAGILITÉ SOCIALE REPÉRÉE

Isolement : ☐ oui ☐ non **Logement inadapté** : ☐ oui ☐ non **Isolement** : ☐ oui ☐ non
Entourage/aidant : ☐ oui ☐ non **Entourage épuisé** : ☐ oui ☐ non **Entourage/aidant** : ☐ oui ☐ non
Précarité financière : ☐ oui ☐ non **Situation de rupture** (deuil, déménagement, stress ...) : ☐ oui ☐ non

DISPOSITIFS À METTRE EN OEUVRE

Prise en charge service à domicile (APA, caisse retraite, mutuelle) : ☐ oui ☐ non
Téléassistance : ☐ oui ☐ non **Portage repas** : ☐ oui ☐ non
Accompagnement social : .....
Placement EHPAD envisagé : ☐ oui ☐ non **IDEL** : ☐ oui ☐ non

CONTEXTE SITUATION

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

À renvoyer à : fichedeliaison.ccas@vlpm.com