



# FICHE DE SIGNALEMENT CRT LES PASTOUREAUX

## Volet 2 : Actions de maintien à domicile

Date de la demande : .....

Identité de votre structure :

☐ SSIAD / SAD

☐ Espace autonomie

☐ DAC

☐ Hôpitaux : .....

☐ Médecin de ville

☐ CCAS

☐ Espace des solidarités

☐ Autres : .....

Raison social : .....

Votre adresse : .....

Numéro de téléphone : .....

Mail de contact : .....

|                                                              |                           |
|--------------------------------------------------------------|---------------------------|
| Identité du bénéficiaire : Nom – Prénom : .....              |                           |
| Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | Date de Naissance : ..... |
| Adresse : .....                                              | Commune : .....           |

### Éléments à renseigner si connue

Autonomie:

☐ GIR 1

☐ GIR 2

☐ GIR 3

☐ GIR 4

☐ GIR 5

☐ GIR 6

☐ En cours

Administratif/Social:

☐ APA

☐ MDPH

☐ Tutelle

☐ Curatelle

☐ Habilitation familial

Motif de la demande:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....