

## FORMULAIRE DE DEMANDE D'ERGOTHERAPIE AU DOMICILE

Votre demande devra être adressée à [readapt@handisertiongrandsud.fr](mailto:readapt@handisertiongrandsud.fr)

Date de la demande : \_\_\_\_\_

### PROFESSIONNEL(LE) ADRESSANT LA DEMANDE

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Structure/Organisme : \_\_\_\_\_  
Service : \_\_\_\_\_  
Fonction : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

### IDENTIFICATION DU BENEFICIAIRE

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Nom de jeune fille Nationalité : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_ Bât. : \_\_\_\_\_ Étage : \_\_\_\_\_  
Ville : \_\_\_\_\_  
CP : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

### CONDITION DE VIE

Seule  en couple  en famille  en famille d'accueil  autres  :  
Type d'habitat : propriétaire  locataire   
Appartement  villa  résidence autonomie  autres  :  
Habitat : inadapté  inaccessible  insalubre  vétuste

### AUTONOMIE

Prestations d'aide à domicile : oui  non  Demande en cours   
Caisses de retraite  : \_\_\_\_\_ APA  PCH  Autres  : \_\_\_\_\_  
GIR : 1  2  3  4  5  6   
Portage du repas : oui  : non  Téléalarme : oui  non   
Sécurité sociale : oui  non  N° : \_\_\_\_\_  
ALD : oui  non  en cours

### PATHOLOGIE(S)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nom du médecin traitant :

