

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ERGOTHERAPIE AU DOMICILE

Votre demande devra être adressée à 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 :

