



ACCUEIL D'UNE PERSONNE AGEE

Pôle sanitaire social

Direction dépendance handicap

Bureau de l'accompagnement social
et de la coordination

Accueil familial

13, rue Marchand Saillant
CS 70541 - 61017 ALENÇON Cedex

☎ 02 33 81 62 29

📠 02 33 81 63 63

@ pss.ddh.asc@orne.fr

Fiche de renseignements concernant la personne à accueillir

DOSSIER REMPLI PAR :

Nom Prénom :

Qualité :

Adresse :

.....

Téléphone : / / / / **Portable :** / / / /

Adresse électronique : @

DEMANDE EN FAVEUR DE :

NOM : **PRENOM :**

Né(e) le : / /

Lieu où se trouve la personne au moment de la demande :

.....

.....

.....

Dernière adresse (si différente du lieu de résidence au moment de la demande) :

.....

.....

Tutelle : OUI NON

Si oui, qui exerce la mesure de tutelle :

Ressources : Préciser si l'intéressé(e) est bénéficiaire de l'A.P.A. (Allocation Personnalisée d'Autonomie) ou de l'aide sociale et les montants accordés :

.....

.....



***Quel est le motif de votre demande ?**

(préciser les difficultés rencontrées ne permettant pas le maintien à domicile)

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

***Quelles sont les autres orientations envisagées ?**

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

***Quelles sont les relations avec la famille ?**

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

***Les coordonnées éventuelles des membres de la famille à contacter (préciser le lien).**

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

A

Le

Signature(s)