



Date de la demande :

Demande émise par : Mail : Tél :

BÉNÉFICIAIRE	RÉFÉRENT
Nom Prénom :	Nom Prénom :
Adresse :	Adresse :
Téléphone :	Téléphone :
Date de naissance :	Lien (conjoint, enfant, ...) :
N° Sécurité Sociale :	
<input type="checkbox"/> Copie Carte Nationale d'Identité	
Coordonnées Médecin Traitant :	

Critères d'orientation OBLIGATOIRE

- GIR 1 à 4 souhaitant rester à domicile
- Ayant les dispositifs suivants déjà présents à domicile : SSIAD (nom :)
- SAAD (nom :)
- SPASAD (nom :)
- + 60 ans
- Résidant sur le territoire Lens Hénin (50 communes)

et AU MOINS un critère suivant

- Fragilité(s) ayant entraîné une hospitalisation
- Pathologie neuro cognitive avec troubles du comportement gênant la vie quotidienne
- Aidant épuisé/absence d'aidant
- Isolement social

Dispositif(s) intervenant à domicile

- DAC Mission soutien à l'Autonomie (Département) Plateforme de Répit /Maison des aidants
- HAD Equipe Mobile Autonome ESPRAD ESAD EGED Autres : Aucun

Motif de la demande