

Demande d'intervention du Centre de Ressources Territorial

Date de la demande :

Signalant

Nom :

Prénom :

Fonction :

Téléphone :

E-mail :

Personne concernée

Nom :

Prénom :

Nom de naissance :

Nationalité

Adresse :

Né(e) le :

Téléphone :

GIR (si connu) :

MMS (si connu) :

Informations complémentaires :

Médecin traitant

Nom :

Téléphone :

Aidant

Nom :

Prénom :

Lien :

Téléphone :

E-mail :

Motifs de la demande

☐ **Soutien de l'aidant**

Exemples : Temps de répit / relayage, évaluation psychologique, orientation vers des actions d'accompagnement...

Précisions sur la demande :

☐ **Renforcement du maintien à domicile**

Exemples : préconisations sur l'aménagement du logement et des aides techniques, mise en place et financement d'aide de manière urgente (avec date demande APA), acceptation des aides humaines et/ou matérielles, d'une perte d'autonomie, évaluation et stimulations pour le maintien de l'autonomie, conseils nutritionnels...

Précisions sur la demande :

☐ **Favoriser le lien avec une structure d'hébergement**

Exemples : aide à l'identification des structures adaptées, soutien dans les démarches, favoriser la transition au sein d'une structure choisie par des temps partagés (activités, repas)...

Précisions sur la demande

Structure(s) d'hébergement envisagée(s) :

Demande via Trajectoire réalisée : ☐ oui

☐ non