

## Demande d'intervention du Centre de Ressources Territorial

**Date de la demande :**

**Signalant**

Nom :	Prénom :
Fonction	Téléphone :
E-mail :	

**Personne concernée**

Nom :	Prénom :
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