**VOLET SOCIAL**

**ETAT CIVIL**

NOM : ……………………………………………. Date de naissance :…………………………………….....

Prénom : ……………………………………….. Lieu :……………………………………..........................

Domiciliation : ………………………………… Nationalité : ...……………………………………………….

Profession : .......................................

Code postal : ………………………………….. Situation de famille :..........................................

Ville : …………………………………….......... Nombre d’enfants : ...........................................

Téléphone : ...…………………………......... Dont à charge : ................................................

**PIECES D’IDENTITE**

⁮ Carte d’identité ⁮ Carte de séjour

⁮ Passeport ⁮ Autres : ………………………….........

⁮ Récépissé

**TYPE D’HEBERGEMENT**

⁮ Locataire ⁮ Foyer d’hébergement

⁮ SDF ⁮ Famille

⁮ Autres : ……………………………… ⁮ Amis

**SITUATION SOCIALE**

Couverture sociale :………………………..... N° d’assuré social : ……………………………………….

Caisse nom et adresse : ………………………

Ouverture des droits Date de début :………. Date de fin :……...

⁮ S.S de base ⁮ S.S + mutuelle ⁮ C.M.U ⁮ C.M.U.C

⁮ A.L.D ⁮ A.M.E ⁮ Aucun droit ⁮ En cours

**HISTOIRE DU PARCOURS EN LOGEMENT :**

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

**RESSOURCES**

⁮ Salarié ⁮ Retraite

⁮ Allocation chômage ⁮ Pension d’invalidité

⁮ RSA ⁮ Indemnités journalières

⁮ AAH ⁮ Autres :…………………………...

**MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE**

⁮ Sauvegarde de justice

⁮ Curatelle

⁮ Curatelle renforcée

⁮ Tutelle

Exercée par : Nom……………………………………… Prénom : ……………………………………………

 Adresse : ………………………………………………………………………...............................

 Téléphone : ………………………….. Mails : ……………………………………………….

**Accompagnement :**

Service : …………………………………………..... Téléphone : ………………………

Médecin : ……………………………………………. Téléphone : ………………………

Infirmier (e) : ………………………………………. Téléphone : ………………………

Travailleur social : ………………………………... Téléphone : ………………………

Autres : ……………………………………………….. Téléphone : ………………………

Fiche renseignée par : Signature

Nom lisible et coordonnées téléphoniques :

**VOLET SANTE**

***L’équipe de l’EMPP et le SIAO pourront être sollicités par le service prescripteur pour aider à la réflexion sur l’orientation d’hébergement la plus adaptée aux besoins de la personne.***

**Motif de l’ORIENTATION :** …………………………………………………………………..……………………………………….

…………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**nOM du MEDECIN PRESCRIPTEUR** : .....................................................................................

**ANTECEDENTS PSYchiatriques et Histoire ACTUELLE : *une synthèse médicale plus complète peut être adressée au Dr Audrey VANEL, médecin référent de l’EMPP.***

…………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………......

…………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………........................................................... …………………………………………………………………………………………………...........................................................

**traitement en cours :** ………………………………………………………………………………………………………………. ………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………

**SUIVI pyschiatrique : CMP, HDJ, CATTP, HOSPITALISATION SEQUENTIELLE... :** ………………………………………………………………………………………………………………………....................................…………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….....

*Fiche à renseigner le plus précisément possible et à adresser à****:***

* ***Jean-Luc SICARD,***

*Responsable* ***E****quipe* ***M****obile* ***P****sychiatrie* ***P****récarité*

*Centre Hospitalier de Montfavet*

*Avenue de la pinède*

*CS 20107*

***84918 AVIGNON Cedex 9***