**SAISINE** **DE L’INSTANCE**

**OBJET :**

L’instance d’étude de situations complexes du SIAO est une instance d’étude de situation et non d’orientation.

**Vous pouvez contacter par téléphone l’équipe du SIAO84 au 04 90 85 79 08**

**Documents à retourner au SIAO84 à l’adresse mail suivante :**

**pole.hebergement-logement@siao84.fr**

**PRINCIPES FONDAMENTAUX** :

La fiche de saisine est remplie en accord avec la personne, dans le respect de son intimité, de son intégrité.

**Principe de l’échange d’informatio**n : Les règles et dispositifs de loi sur le secret professionnel restent d’usage au sein de cette instance, selon le décret n°2016-994 du 20 juillet 2016.

A ce titre, les professionnels présents ont l’autorisation de partager des informations personnelles. Seules les informations indispensables à l’analyse, au traitement ou au suivi de la situation individuelle, dans le respect de la personne et de sa dignité pourront être échangées.

**INFORMATION ET ACCORD DE LA PERSONNE**

(à remplir par ou avec la personne concernée)

**Donnez- vous votre accord pour que votre situation soit évoquée ?**

OUI

NON

**Serez-vous présent lors de la réunion ?**

OUI – Souhaitez-vous être accompagné ?

Par qui ?

NON – Souhaitez-vous être représenté ?

Par qui ?

**FICHE DE SAISINE A COMPLETER**

**Date de la demande :**

1. **IDENTIFICATION DE LA PERSONNE**

**Nom :** …………………………………………………………..

**Prénom :** …………………………………………………………..

**Sexe**:  Femme  Homme

**Date de naissance :** …………………………………………………………..

**Téléphone :** …………………………………………………………..

**Mail :** …………………………………………………………..

**Adresse ou lieu de vie (quartier, ville) :** ……………………………………………..

…………………………………………………………………………………………..

1. **TRAVAILLEUR SOCIAL OU PERSONNE CHARGEE DE L’ACCOMPAGNEMENT**

**Nom(s) :** …………………………………………………………..

**Prénom(s) :** …………………………………………………………..

**Mail :** …………………………………………………………..

**Téléphone :** …………………………………………………………..

**EXPRESSION LIBRE SUR VOTRE SITUATION**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**Qui souhaitez-vous voir participer à cette réunion ? (professionnels ou aidants)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom** | **Prénom** | **Profession, Service ou lien avec la personne** | **Téléphone** | **Mail** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Date**

**Signature**