

## DEMANDE D'APPUI AU DAC 11

Merci d'envoyer votre demande à [contact@dac11.fr](mailto:contact@dac11.fr) ou nous contacter au 04 68 26 29 76 (lun-vend : 09h/17h).

Date de la demande :

### Identité de la personne concernée

Monsieur      Madame

Nom :

Prénom :

Nom de jeune fille :

Numéro de sécurité sociale :

Date de naissance :

Commune de naissance :

Téléphone/Mail :

Adresse :

Vit seul :      oui      non, préciser l'entourage :

Hospitalisation :      oui, préciser dans quel établissement et sortie prévue le :

La personne est-elle informée de la demande ?      Oui      Non

Consent-elle au partage d'informations entre les différents professionnels ?       Oui      Non

### Personnes ressources:

(Nom, nature du lien et  
coordonnées)

### Le demandeur :

Nom / Prénom :

Fonction :

Structure :

Mail /Tel :

### Aides en place

Mesure de protection juridique :      Oui      Non      En cours

Si oui :      curatelle simple      curatelle renforcée      tutelle      habilitation familiale

Exercée par (coordonnées) :

Aides humaines en place :      APA (si oui, GIR :      )      MDPH      En cours, préciser

Mutuelle

Caisse de retraite :

Caisse de sécurité sociale :

### Professionnels en place

FONCTION	NOM Prénom	Coordonnées	Fréquence d'intervention
Médecin traitant			
IDEL			
Aide à domicile			
Autre (kiné, ...)			

Recueil d'informations	Commentaires
<b>Santé</b>	
<input type="checkbox"/> Cancérologie	
<input type="checkbox"/> Maladies chroniques ou évolutives	
<input type="checkbox"/> Conduites addictives/addictions	
<input type="checkbox"/> Troubles cognitifs / troubles du comportement	
<input type="checkbox"/> Troubles psychiques	
<input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle	
<input type="checkbox"/> Troubles sensoriels (surdité, c�civit�,...)	
<input type="checkbox"/> Syndrome d'accumulation / Diogène	
<input type="checkbox"/> Soins palliatifs	
<b>Aides et soins</b>	
<input type="checkbox"/> Besoins d'aide dans les actes de la vie quotidienne	
<input type="checkbox"/> Refus d'aides et/ou de soins	
<input type="checkbox"/> Absence de suivi médical	
<input type="checkbox"/> Hospitalisations répétées	
<b>Environnement et sécurité</b>	
<input type="checkbox"/> Epuisement / Absence de l'aidant	
<input type="checkbox"/> Isolement social / géographique	
<input type="checkbox"/> Logement inadapté	
<input type="checkbox"/> Vulnérabilité	
<input type="checkbox"/> Logement insalubre / incurie	
<input type="checkbox"/> Précarité	
<b>Aspects administratifs et/ou financiers</b>	
<input type="checkbox"/> Problème d'accès aux droits	
<input type="checkbox"/> Difficultés ou inaptitudes dans la gestion administrative et/ou financière	
<input type="checkbox"/> Suspicion d'abus, négligence ou maltraitance	

**Problématiques rencontrées :**

**Motif de la demande (= qu'attendez-vous du DAC) :**

---