*Demande de prise en charge*

[**FICHE DE LIAISON**](http://www.fondation-arcenciel.fr/wp-content/uploads/2014/02/PAR_Fiche-de-liaison.docx)

***Ecoute / Information / Orientation / Accompagnement et Soutien psychologique***

**Document à retourner par mail :** **plateforme-repit@fondation-arcenciel.fr** **ou par courrier : Plateforme d’accompagnement et de répit – 42-44 avenue Wilson – Résidence Surleau – 25200 MONTBELIARD**

 **Date de la demande :**

**Demande transmise par :**

**Nom : Prénom :**

**Structure / Organisme :**

**Tél : Mail :**

[x]   J’atteste sur l’honneur avoir informé l’aidant familial (dont l’identité figure ci-dessous) que la Plateforme d’accompagnement et de répit pourra le contacter dans le cadre de ses missions.

**IDENTITES**

**AIDANT**

**Nom : Prénom :**

**Date de naissance :**

**Lien avec la personne malade (mari, femme, enfant, voisin, ami, …) :**

**Adresse :**

**Tél :**

**PERSONNE MALADE**

**Nom : Prénom :**

**Date de naissance : Pathologie(s) :**

**DISPOSITIF(S) ACTUEL(S) DONT BENEFICIE(NT) L’AIDANT ET LA PERSONNE MALADE**

**L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) :** **[ ]  Oui [ ]  Non**

**Service aide à domicile (SAD) : [ ]  Oui [ ]  Non**

**Service infirmier (SSIAD) : [ ]  Oui [ ]  Non**

**Autre (s)**

**CONTEXTE DE LA SITUATION**