



## **DEMANDE D'INTERVENTION AUPRES DU CLIC**

												_
<b>Déclarant :</b> Nom- Prénom :							Foncti	Fonction:				
Service : URGENCES		ES	7	- éléphor	ne: 0	4.94.3	7.96.01	Mail :	IGU(	@chibll	l.fr	
Personne	(s) concer	née(s) ·										
Personne(s) concernée(s) :  ☑ Madame □								sieur				
Nom :							Nom:					
Nom de na	aissance :											
Prénom :							Prénom :					
Date de na	aissance :						Date de naissance :					
N° Sécurite							N° Sécurité Sociale :					
Tél. Portab							Tél. Port					
												Ī
Adresse :												
Code Postal : Téléphone :						ne :						
Personne	s de l'ento	urage à	contacte	er:								
	M et PRENOM Téléphone Téléphone Teléphone ADRESSE		ESSE									
(lien c	de parenté	)	<u> </u>		DU CC	ONTAC	T					
Intervena	ints profes	sionnel	s et prest	ations <u>d</u>	léjà en	place	:					
			Nom Pr	énom				UENCE			Téléphone	
Médecin	traitant											
Infirmier												
Kiné												
Aide à do	micile											
Portage o	de repas											
Téléassist	tance											
Autres :												

Date d'orientation : Entrer la date

	Centre Local d'Information et de Coordination										
	La personne c domicile ?	oncernée bénéfi	cie-t-elle, aujour	d'hui, d'une prise en charge p	our son maintien à						
gglomération OVENCE VERTE	☐ Non	☐ Oui :	Par qui ?								
La personne	vit-elle seule à	son domicile ?	☐ Oui	☐ Non							
Exposé de la	situation :										
Vous sollicite	z le CLIC de la F	Provence Verte p	our:								
☐ Une évalu	uation gérontolo	ogique à domicile	e								
☐ Une visite	e à domicile con	nmune									
☐ La mise e	n place d'interv	enants (Précisez	:		)						
☐ Des infor	mations / conse	ils sur les dispos	itifs de maintien à	a domicile							
☐ Des infor	mations / conse	ils sur les structi	ures d'hébergeme	nt							
☐ Autre :											