**Demande d’intervention auprès du CLIC**

**Date d’orientation** : Entrer la date

**Déclarant :** Nom- Prénom :  Fonction :   
Service :  Téléphone :  Mail : 

**Personne(s) concernée(s) :**

|  |  |
| --- | --- |
| **Madame**  Nom :  Nom de naissance :  Prénom :  Date de naissance :  N° Sécurité Sociale :  Tél. Portable : | **Monsieur**  Nom :  Prénom :  Date de naissance :  N° Sécurité Sociale :  Tél. Portable : |
| Adresse :  Code Postal :  Ville : Téléphone : | |

**Personnes de l’entourage à contacter :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOM et PRENOM**  **(lien de parenté)** | **Téléphone** | **FREQUENCE**  **DU CONTACT** | **ADRESSE** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Intervenants professionnels et prestations déjà en place :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Nom Prénom** | **FREQUENCE**  **DU CONTACT** | **Téléphone** |
| Médecin traitant |  |  |  |
| Infirmier |  |  |  |
| Kiné |  |  |  |
| Aide à domicile |  |  |  |
| Portage de repas |  |  |  |
| Téléassistance |  |  |  |
| Autres : |  |  |  |

**La personne concernée bénéficie-t-elle, aujourd’hui, d’une prise en charge pour son maintien à domicile ?**

Non Oui : Par qui ? 

**La personne vit-elle seule à son domicile ?**  Oui  Non

**Exposé de la situation :**

****

**Vous sollicitez le CLIC de la Provence Verte pour :**

Une évaluation gérontologique à domicile

Une visite à domicile commune

La mise en place d’intervenants (Précisez : )

Des informations / conseils sur les dispositifs de maintien à domicile

Des informations / conseils sur les structures d’hébergement

Autre : 