****

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **RESAD Val-d’Oise Est**  **Formulaire de demande** | | | | | | | | | | | | | |
| Date de la demande : Cliquez ici pour entrer une date.  La personne est-elle informée de son RESAD ?  Choisissez un élément.  La personne souhaite-t-elle être présente au RESAD ? Choisissez un élément. | | | | | | | | | | | | | |
| **Informations sur la personne** | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| Genre : | | Femme | | | Date de naissance : | | 08/06/2023 | | | **Commune :** | | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Situation actuelle** | | | | | | | | | | | | | |
| Situation familiale : | | | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | | Mesure de protection juridique : | | | Choisissez un élément. | | |
| Existence d’un médecin traitant : | | | | Choisissez un élément. | | | | Nom du médecin traitant : | | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | |
| Suivi socio-sanitaire | Acteurs sociaux intervenant dans la prise en charge | | | | | | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | | | |
| Acteurs sanitaires intervenant | | | | | | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | | | |
| Autres acteurs intervenant dans la situation | | | | | | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | | | |
| Quels autres acteurs suivent la personne ? | | | CCAS | | | Choisissez un élément. | | | Maison de l’emploi | | | Choisissez un élément. | |
| CMP | | | Choisissez un élément. | | | CAF | | | Choisissez un élément. | |
| Circonscription de service social | | | Choisissez un élément. | | | Service social | | | Choisissez un élément. | |
| Mission locale | | | Choisissez un élément. | | | Autres | | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | |
| Emploi ? | | | | Choisissez un élément. | | | | Soutien social ?  Enfants ? Famille ? | | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | |
| **Professionnel demandeur** | | | | | | | | | | | | | |
| Nom / Prénom | | | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | | Profession | | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | |
| Structure | | | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | | Ville | | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | |
| Téléphone | | | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | | Adresse e-mail | | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | |
| Professionnels à inviter(hors membres permanents du RESAD) | | | | | | | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Motif de la sollicitation du RESAD** | |
| Santé (psychiatrie, souffrance psychique, addiction, somatique…) | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Logement (accès au logement, logement inadapté, dette locative, troubles du voisinage, accumulation d’objets…) | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Demande sociale (situation de séjour irrégulier, accès aux droits, protection de l’enfance, grande précarité, ressources…) | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Autres motifs | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Autres informations** | |
| Quelles ont été les démarches mises en œuvre avant la présentation en RESAD ? | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Autres informations que vous considérez importantes pour cette réunion | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |