

# Demande d'appui – Situation Complexe

Date de la demande :

Document à adresser par messagerie sécurisée : [contact@eascb.mssante.fr](mailto:contact@eascb.mssante.fr)

Par messagerie classique (document anonymisé) : [contact@eascb.fr](mailto:contact@eascb.fr)

## IDENTITE DE LA PERSONNE CONCERNEE

Nom :

Nom de JF :

Prénom :

Date de naissance :

Age :

*Si mineur(e), autorité parentale :*

Situation familiale :

Adresse :

Tél :

Port :

Mail :

Lieu actuel de PEC :

Mesure de protection juridique *(si oui, précisez les coordonnées :*

La personne est informée de la demande :

Oui  Non

La personne accepte notre intervention :

Oui  Non

## IDENTITE DU DEMANDEUR / PROFESSIONNEL

Nom :

Prénom :

Lien / Fonction :

Commune/ Structure/Service :

Tél :

Port :

Mail :

Mail sécurisé :

## PERSONNE REFERENTE A CONTACTER

Nom :

Prénom :

Lien :

Adresse :

Tél :

Port :

Mail :

## Identité du médecin traitant :

Coordonnées :

## Numéro de sécurité sociale :

### DROITS OUVERTS

APA

Aide Sociale

Caisse de retraite

MDA/MDPH

### REFERENTS PROFESSIONNELS

Professionnels	Coordonnées	Fréquences

## DESCRIPTION DE LA DEMANDE

Objet de la demande :

### Cadre réservé au Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC)

Fiche réceptionnée le :

Mode de réception :

Par :  Secteur Nord  Secteur Sud  Secteur Ouest

Personne connue dans Gwalenn : oui  non  suivi par :

Période du dernier accompagnement :

Pré-évaluation :

Date de la régulation :

Décisions prises :