

DEMANDE DE PRESTATIONS INSTITUTIONNELLES

Le SAS enregistre toutes les demandes de prestations d'hébergement, d'hébergement avec occupation ou de placement en centre de jour, effectuée en faveur d'un adulte en situation de handicap mental, sensoriel, physique ou psychique.

Ce formulaire est à envoyer au SAS, Faubourg des Capucins 20, 2800 Delémont, qui le transmettra à Pro Infirmis, organisme chargé de proposer une orientation sur la base d'une évaluation des attentes et des besoins de la personne mandante.

NOM:			
PRENOM:			
DATE DE NAISSANCE:		SEXE :	
ETAT CIVIL:		NO AVS :	
NATIONALITE:		PERMIS:	
RENTE AI:	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> DEMANDE EN COURS	DATE DEMANDE AI :	
API:	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> DEMANDE EN COURS	SI OUI, DEGRE:	
PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES:	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> DEMANDE EN COURS		
DOMICILE LEGAL ET ADRESSE EXACTE:			
CURATELLE:	<input type="checkbox"/> OUI	➡ Nom du(de la) représentant-e légal-e:	
		➡ Type de curatelle:	
	<input type="checkbox"/> NON	➡ Autre personne de contact:	
ADRESSE (si différente):			
TELEPHONE PRIVE:			
MOBILE:			
ADRESSE E-MAIL:			
Domaine du handicap:	<input type="checkbox"/> mental	<input type="checkbox"/> physique	
	<input type="checkbox"/> mental avec autisme	<input type="checkbox"/> neurologique	
	<input type="checkbox"/> polyhandicap	<input type="checkbox"/> cérébrolésé	
	<input type="checkbox"/> sensoriel	➡ à préciser :	<input type="checkbox"/> psychique
	<input type="checkbox"/> autre	➡ à préciser :	
Prestation(s) envisagée(s):		Dès le:	

En bref, MOTIVATION DE LA DEMANDE

Date de la demande:		Signature de la personne ou de son/sa représentant-e légal-e	
---------------------	--	--	--

Rempli par le SAS:

Date de la transmission à Pro Infirmis		Pour le SAS	
--	--	-------------	--

Par sa signature, la personne concernée ou son/sa représentant-e légal-e confirme l'exactitude des informations transmises. Il/elle autorise Pro Infirmis à contacter toute instance ou toute personne (notamment les médecins traitants) pour obtenir les renseignements supplémentaires nécessaires à la mise en œuvre du projet d'accompagnement. Conformément à la Convention relative à la protection des données (CPDT-JUNE), la personne concernée peut accéder en tout temps aux informations et données la concernant dans le cadre de la procédure (courriels, courriers, procès-verbaux, échanges téléphoniques, etc.) et a le droit de révoquer son autorisation sans conséquence sur sa demande. Les données susceptibles d'être partagées sont les suivantes : identité, situation familiale, économique ou financière, informations personnelles, coordonnées, données salariales, données d'assurance sociale, données de traitement médical et de santé.