

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: OUI NON DEMANDE EN COURS **DATE DEMANDE AI :** _____

API: OUI NON DEMANDE EN COURS **SI OUI, DEGRE:** _____

PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES: OUI NON DEMANDE EN COURS

DOMICILE LEGAL ET ADRESSE EXACTE: _____

CURATELLE: OUI NON

⇒ **Nom du(de la) représentant-e légal-e:** _____

⇒ **Type de curatelle:** _____

⇒ **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:** _____