



FICHE DE LIAISON SOCIALE

La fiche de conclusions sociales est obligatoire pour toutes vos demandes d'orientations en établissement social ou médico-social, de vie ou de travail : Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM), Maison d'Accueil Spécialisé (MAS), Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adulte Handicapé (SAMSAH), Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS), Service d'Accueil de Jour, Etablissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT)... ; ainsi que pour les demandes de dérogation d'âge pour entrer en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD).

Pour toutes les autres demandes, elle n'est pas obligatoire mais **elle peut être utile dans l'examen des demandes** d'Allocation Adulte Handicapé (AAH), Orientation et Reclassement professionnel (ORP)... car elle apporte des renseignements précieux pour éclairer l'équipe pluridisciplinaire partenariale d'évaluation sur votre situation globale et vos besoins. Elle sera lue lors de la rencontre entre professionnels des établissements.

C'est un document qui est **à faire compléter par un travailleur social** soit d'une Maison Départementale de la Solidarité (MDS), soit du Service Territorial à l'Autonomie des Personnes (STAP), soit par tout autre travailleur social d'un autre organisme que vous connaissez.

L'entretien avec le travailleur social a pour but de **faire apparaître vos capacités réelles ainsi que vos difficultés concrètes.**

Il vous permet, ainsi qu'à vos proches si vous le souhaitez, de trouver un espace d'écoute et de parole où vous pouvez librement exprimer vos besoins, vos souhaits. Il permet de demander conseil sur vos droits, les possibilités d'aide ou d'accompagnement...

Cette rencontre avec un professionnel formé est soumise au secret professionnel.

Cette fiche est à joindre au formulaire de demande adressé à la MDPH.

I. RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS :

Nom : Prénoms :

Nom de jeune fille :

Date de naissance :

Sexe : Féminin Masculin Nationalité :

Adresse actuelle :

Logement :

- Hébergé (si oui, par qui ?)
 Locataire parc public Locataire parc privé
 Propriétaire

Le logement est-il adapté :

Doit-il l'être (comment ?):

Ressources :

Type de ressources :

Pension d'invalidité (catégorie), rente AT ou MP (Taux IPP) :

Fonds d'indemnisation, saisine de la commission de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux (date, pension ou rente, capital) :

II. ORIGINE DU HANDICAP :

- De naissance Maladie professionnelle
 Accident médical, maladie nosocomiale
 Accident de travail Accident de la circulation (vie privée)
 Accident de trajet (prof.) Autre type d'accident (préciser)
 Maladies autres (préciser éventuellement)

III. HISTOIRE ET REGARD DE LA PERSONNE SUR LA MALADIE OU LE HANDICAP :

IV. ELEMENTS SOCIAUX :

Sphère de l'intime, personnelle, familiale, du domicile (autonomie de vie dans les actes essentiels, vie seul, en couple, hébergé, soutien familial... Aides déjà mises en place et bilan) :

Sphère sociale (courses, démarches, insertion professionnelle, sports, loisirs, adhésion associative ou élective, travail, formation professionnelle... Aides déjà mises en place et bilan) :

Conditions de vie au quotidien (gestion actuelle, difficultés rencontrées) :

V. SOUHAITS CONCERNANT LES ORIENTATIONS :

Etablissement social ou médico-social :

Si oui lequel (type et coordonnées si un projet précis est envisagé) :

Pour quels besoins : fondamentaux, de sécurité, d'appartenance, d'activité, de lien... Projet(s), échéance(s), terme(s) envisagé(s).

Orientation Professionnelle :

- Reclassement Professionnel :

- Adaptation au milieu professionnel antérieur ou actuel :

Possibilité d'un éloignement temporaire ou définitif du milieu familial (si non préciser pourquoi) :

L'intéressé peut-il être convoqué ou est-il en internat ou hospitalisé ?

VI. SERVICE SOCIAL INTERVENANT AUPRES DE L'INTERESSE ET DE SA FAMILLE :

Date de l'entretien :

- Personne connue / suivie, depuis :
 - 1^{er} Entretien à l'occasion de cette demande
- Personne ayant établi cette fiche :

Nom :

Qualité :

Service :

Adresse administrative :

Téléphone :

Courriel :

Autres services intervenant auprès de l'intéressé ou de sa famille :

Nom : _____ Intervenant auprès de : _____
Professionnel : _____
Service : _____
Coordonnées (adresse, tél., courriel): _____

Nom : _____ Intervenant auprès de : _____
Professionnel : _____
Service : _____
Coordonnées (adresse, tél., courriel): _____

Des éléments complémentaires ou émanants d'un autre service social, peuvent toujours être joints au présent formulaire.

Transmis le :

Signature :