|  |  |
| --- | --- |
| **Rappel des critères d’admission du CRT**  *· Personne âgée de plus 60 ans (GIR 1 à 4)*  *· Résidant dans le territoire d’intervention*  *· Situation nécessitant un accompagnement pluri professionnel*  *· Besoin d’adaptations/modifications matérielles et de l’habitat*  *· Epuisement de l’aidant*  *· En situation d’isolement* | **Communes d’intervention du CRT :**  *Frépillon, Bessancourt, Taverny, Beauchamps, Herblay, Montigny les Cormeilles, Franconville, La frette, Cormeilles en Parisis, Argenteuil, Bezons* |

1. **La demande**

|  |  |
| --- | --- |
| Date : | |
| Demande émise par : |  |
| Nom – Prénom : | Organisme : |
| Téléphone : | Adresse électronique : |

1. **Le bénéficiaire**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom : | Prénom : | Date de naissance : |
| Adresse : | | Téléphone : |
| Adresse électronique : |

|  |
| --- |
| Numéro de sécurité sociale : |
| Médecin traitant : |
| Coordonnées du médecin traitant : |

1. **L’aidant**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom : | Prénom : | Date de naissance : |
| Adresse : | | Téléphone : |
| Adresse électronique : |

Lien (conjoint, enfant, …) :

|  |  |
| --- | --- |
| Mesure de protection : | Oui  Non |
| *Si oui, merci d’indiquer le nom et les coordonnées :* | |
|  |  |
|  |  |

1. **Critères d’orientation OBLIGATOIRES :**

|  |
| --- |
| GIR 1 à 4 souhaitant rester à domicile avec besoin de sécurisation ou de coordination renforcée  Préciser le GIR : ….. |
| Ayant les dispositifs suivants déjà présents à domicile |
| SSIAD SAAD SPASAD IDEL |
| + 60 ans |
| Résident sur le territoire du CRT |

1. **AU MOINS L’UN des critères suivants :**

|  |
| --- |
| Fragilité(s) ayant entraîné une hospitalisation |
| Pathologie neurocognitive avec troubles du comportement gênant la vie quotidienne |
| Aidant épuisé   * Absence d’aidant |
| Isolement social |
| Logement inadapté |

1. **Dispositif(s) intervenant à domicile mis en places :**

* DAC
* Plateforme de Répit /Maison des aidants
* HAD
* Autres : ……………………
* Aucun

Fréquence des interventions à la semaine :

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Motif de la demande**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………

Signature : (le cas échéant, mettre le cachet)