



## Fiche administrative Bénéficiaire

Date de MAJ :  
13/02/2023

### Origine de la demande :

Date de la demande :

Circonstance de la demande :  La personne  Famille  MDM  Assistante sociale

Motif de la demande :

### 1 - ÉTAT CIVIL DE LA PERSONNE

Nom marital :

Prénom :

Nom jeune fille :

Date de naissance :

Nombre d'enfants :

### 2 - COORDONNÉES

Adresse :

Code postal : 69310

Ville : Pierre-Bénite

N° de téléphone fixe :

N° de téléphone mobile :

Adresse courriel :

### 3 - SITUATION FAMILIALE

Marié(e)

Divorcé(e)

Veuf(ve)

Célibataire

Vit seul(e)

Vit en couple

Vit en famille /colocation

### 4 – MODALITES DU PORTAGE :

Fréquence :

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche

Régime demandé :  Standard  Diabétique  Sans viande :

Commentaires :

### 5 – HABITAT

#### Type d'habitation

Appartement

Maison individuelle

Résidence / foyer

Étage :

Ascenseur :  Oui/code :

Non



## Fiche administrative Bénéficiaire

Date de MAJ :  
13/02/2023

### Pour accéder au logement :

Code d'entrée :  Oui :

Interphone :  Oui :

Clefs à récupérer au Service

Badge à récupérer au Service

Boite à clefs / Code :

Voisin possédant les clés :

Présence animale :  Non

Oui :

### 6 – ACCOMPAGNEMENT SOCIAL :

CCAS  MDM  Autre :

Nom et Prénom et Coordonnées du travailleur social :

### 7 - INTERVENANTS EXTÉRIEURS

Médecin traitant :

N° de téléphone :

Adresse :

Infirmier(ière) :

N° de téléphone :

Fréquence de passage et soins apportés

SSIAD :

N° de téléphone :

Fréquence de passage

SAAD :

N° de téléphone :

Fréquence de passage

Service Téléalarme :

N° de téléphone :

### 8 - PERSONNE « RÉFÉRENTE » AU QUOTIDIEN = personne à contacter en cas d'urgence

① Nom / Prénom :

Lien avec l'usager : (Famille / ami / voisin / bénévole / ...)

Dépositaire des clefs :  Oui  Non

Gestionnaire adm. :  Oui  Non

Adresse :

Code postal :

Ville :

N° de téléphone fixe :

N° de téléphone mobile :

Adresse courriel :

Présent au domicile :  Oui  Non



## Fiche administrative Bénéficiaire

Date de MAJ :  
13/02/2023

② Nom / Prénom :

Lien avec l'usager : (Famille / ami / voisin / bénévole / ...)

Dépositaire des clefs :  Oui  Non

Adresse :

Code postal :

Ville :

N° de téléphone fixe :

N° de téléphone mobile :

Adresse courriel :

### 9 - MANDATAIRE JUDICIAIRE

Type de mesure :

Nom / Prénom :

Service

Adresse :

Code postal : Oullins

Ville :

N° de téléphone fixe :

N° de téléphone mobile :

Adresse courriel :

Dépositaire des clefs :  Oui  Non