

Date de réception du dossier :

N° dossier :

 SPAD	<b>DOSSIER D'INSCRIPTION SSIAD DU FAUCIGNY</b>
---	--

**SSIAD du Faucigny**

BP 501  
74305 CLUSES cedex  
04 50 98 94 11

Nom : .....	Nom de jeune fille : .....
Prénom : .....	
Date de naissance : ...../...../.....	Lieu de naissance : .....
Adresse : .....	
.....	
Complément d'adresse .....	
Téléphone : .....	

**Situation familiale :**

Célibataire     Marié     Divorcé     Veuf(ve)     Pacsé     Autres : .....

Nombre d'enfants : .....

**Caisse de Sécurité sociale :**

Numéro de Sécurité sociale: .....

CPAM     MSA     RAM     Autres (précisez) : .....

**Aides perçues :**

- Allocation Personnalisée Autonomie (APA) :

OUI accordée le : .....     NON     En cours

**GIR :** .....

Assistante sociale référente (APA) : .....

Nombres d'heures (par semaine) : .....

Service(s) d'aide à domicile concerné(s) : .....

● Prestation Compensatrice du Handicap (PCH):

OUI accordée le : .....  NON  En cours

Assistante sociale référente (PCH) : .....

Service(s) d'aide à domicile concerné(s) : .....

**Personne référente principale :**

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Lien (fils, conjoint)..... Tel 1 (domicile).....

Mail ..... Tel 2 (portable).....

**Personne référente secondaire :**

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Lien (fils, conjoint)..... Tel 1 (domicile).....

Mail ..... Tel 2 (portable).....

**Intervenants libéraux :**

Type	Nom	Téléphone
Médecin traitant :		
Infirmière libérale :		
Pédicure		
Service d'aide à domicile :		
Prestataires de service :		
Laboratoire :		
Kinésithérapeute :		
Autres :		

**Conditions de vie :**

vit seul(e)     en couple     Autre : (préciser) .....

**Services et /ou passages d'intervenants libéraux à ce jour :**

---

---

---

---

**Matériel déjà en place (lit médicalisé, fauteuil roulant .....)**

---

---

---

---

**Motivation de votre demande :**

---

---

---

---

---

---

---

---

**Important :**

Pour pouvoir traiter votre demande, veuillez joindre les documents suivants :

- **une prescription médicale du médecin traitant circonstanciée concernant la demande d'intervention du SSIAD**
- une photocopie de votre dernière ordonnance ou ordonnance en cours
- une photocopie de votre attestation de sécurité sociale en cours de validité
- une photocopie recto-verso carte nationale d'identité ou titre de séjour

Date et signatures

