**FICHE D’INTERPELLATION MASP**

Date de transmission :



|  |  |
| --- | --- |
| **ORIGINE DE LA DEMANDE** | **PERSONNE CONCERNEE** |
| NomPrénom |  | NomPrénom |  |
| Structure |  | Situation familiale |  |
| Fonction |  | Date de naissance |  | Age :  |
| Adresse |  | Adresse |  |
| CP Ville |  | CP Ville |  |
| Téléphone |  | Téléphone |  |
| Email |  | N° de sécurité sociale |  |
| N° d’allocataire CAF ou MSA |  |
| Reconnaissance MDPHSi oui, N° de dossier | 🞎 OUI 🞎 NON………………………………………… |

|  |
| --- |
| **PRESTATIONS SOCIALES DE LA PERSONNE CONCERNEE** |
| Allocation logement : ⮡ Versée directement au bailleur : |  | Allocation compensatrice tierce personne |  |
|  |
| ASPA (Allocation de Solidarité aux personnes âgées) |  | Allocation Personnalisée d’Autonomie ⮡ Si oui, y-a-t-il un reste à charge |  |
|  |
| Allocation aux vieux travailleurs salariés |  | Prestation de Compensation du Handicap |  |
| Allocation aux vieux travailleurs non salariés |  | Prestation d’accueil du jeune enfant |  |
| Allocation aux mères de famille |  | Allocations familiales |  |
| Allocation spéciale vieillesse |  | Complément familial |  |
| Allocation de vieillesse agricole |  | Allocation d’éducation de l’enfant handicapé |  |
| Allocation viagère aux rapatriés âgés |  | Allocation de soutien familial |  |
| Allocation supplémentaire |  | Allocation de rentrée scolaire |  |
| ASI (Allocation Supplémentaire d’Invalidité) |  | Allocation journalière de présence parentale |  |
| Revenu de Solidarité Active |  | Rente versée aux orphelins en cas d’accident du travail |  |
| Allocation Adulte Handicapé : ⮚ Complément de ressources ⮚ Majoration de vie autonomie |  | Allocation représentative des services ménagers |  |
|  |
| Allocation différentielle |  |
|  |
| **TYPE D’ACTIONS OU AIDES DEJA MISES EN PLACE (par les professionnels ou les tiers)** |
| **PERIODE** | **TYPE** | **BILAN** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **1/ IDENTIFIEZ LES DIFFICULTES DE GESTION DES RESSOURCES** |
| 🞎 Absence de gestion budgétaire et administrative 🞎 Problèmes d’addiction🞎 Précarité financière 🞎 Autres difficultés : ………………………….🞎 Droits non ouverts |
| **2 / EN QUOI MENACENT-ELLES LA SANTE OU LA SECURITE DE LA PERSONNE ?** |
| 🞎 Risque d’expulsion 🞎 Risque psychologique🞎 Rupture de soins 🞎 Risque par rapport à la sécurité (spoliation….)🞎 Risque d’isolement / de repli 🞎 Autres : ……………………………………………. |
| **3 / Potentialités repérées de la personne pour un retour à une gestion budgétaire autonome** |
| ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

|  |
| --- |
| **ADHESION DE LA PERSONNE** |
| 🞎 La personne concernée accepte la transmission des informations la concernant au Pôle Autonomie🞎 La personne concernée est informée et favorable à l’orientation MASP |

|  |
| --- |
| **Visa du responsable du service ou de la structure :** |

**Fiche d’orientation à transmettre à :**

POLE AUTONOMIE – DTPAS du douaisis

310 Bis rue d’Albergotti B.P.90623

59506 DOUAI cedex

Mail : poleautonomiedouai@lenord.fr

Copie : francoisxavier.masson@lenord.fr

Mise à jour le 1er février 2017

|  |
| --- |
| **Cadre réservé au Pôle Autonomie** |
| 🞎 Les critères d’éligibilité ne sont pas réunis🞎 Les critères d’éligibilité sont réunis 🡺 Le diagnostic sera réalisé par : …………………………………………………………………qui prendra contact avec le service à l’origine de la transmission. | Date de retour de la fiche : |