**FICHE D’INTERPELLATION MASP**

Date de transmission :



|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ORIGINE DE LA DEMANDE** | | **PERSONNE CONCERNEE** | | |
| Nom  Prénom |  | Nom  Prénom |  | |
| 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 MDPH  Si 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 : |