**DEMANDE D’INTERVENTION**

**L’ALINEA, Equipe Mobile Psychiatrie Précarité**

**A envoyer par mail :** [**lalinea.empp@epsm-des-flandres.com**](mailto:lalinea.empp@epsm-des-flandres.com) **– Tél : 03.59.11.80.05**

**Date de la demande** : …………………………………………….

**DEMANDE D’INTERVENTION FORMULEE PAR :** ……………………………………………………………………..

Tél : Mail :

**PERSONNE CONCERNEE :**

Nom : Nom de jeune fille :

Prénom : Alias :

Date et lieu de naissance : Nationalité : Sexe : F □ M □

Langue maternelle : Langue parlée :

Adresse/ lieu de vie :

N° de téléphone :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Situation familiale | |  | Couverture sociale | |  | Hébergement | |  | Ressources | |
| Célibataire |  |  | Régime général |  |  | Personnel |  |  | CDD/CDI |  |
| Concubinage |  |  | CMU |  |  | Famille/ami |  |  | ASSEDIC |  |
| Marié |  |  | AME |  |  | Organisme/association |  |  | RSA |  |
| Séparé |  |  | Inconnu |  |  | Bidonville/squat/caravane |  |  | AAH |  |
| Divorcé |  |  | ALD |  |  | rue/hébergement urgence |  |  | Invalidité |  |
| Veuf |  |  | en cours |  |  | autre |  |  | Retraite |  |
| Inconnu |  |  | Tuteur |  |  | non renseigné |  |  | Sans |  |
| Nbre d'enfants |  |  | Curateur |  |  |  |  |  | Autre |  |

**MOTIF DE LA DEMANDE :**

La personne est-elle prévenue ? : Oui □ Non □

**LIEUX et DATES DE RENCONTRE POSSIBLE :**

|  |  |
| --- | --- |
| **Lieu** | **Date** |
|  |  |
|  |  |



**DDEMANDE D’INTERVENTION**

**L’ALINEA, Equipe Mobile Psychiatrie Précarité**

**Précaire logé**

**A envoyer par mail :** [**lalinea.empp@epsm-des-flandres.com**](mailto:lalinea.empp@epsm-des-flandres.com) **– Tél : 03.59.11.80.05**

**Date de la demande** : …………………..

**DEMANDE D’INTERVENTION FORMULEE PAR : ………………………**Tél : ……………….. Mail :

**PERSONNE CONCERNEE :**

Nom : Nom de jeune fille :

Prénom : Date et lieu de naissance : ……………………………

Nationalité : Langue parlée : ………………. Sexe : F □ M □

Adresse/ N° de téléphone

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Situation familiale | |  | Couverture sociale | |  | Hébergement | |  | Ressources | |
| Célibataire |  |  | Régime général |  |  | Personnel |  |  | CDD/CDI |  |
| Concubinage |  |  | CMU |  |  | Famille/ami |  |  | ASSEDIC |  |
| Marié |  |  | AME |  |  | Organisme/association |  |  | RSA |  |
| Séparé |  |  | Inconnu |  |  | Bidonville/squat/caravane |  |  | AAH |  |
| Divorcé |  |  | ALD |  |  | rue/hébergement urgence |  |  | Invalidité |  |
| Veuf |  |  | en cours |  |  | autre |  |  | Retraite |  |
| Inconnu |  |  | Tuteur |  |  | non renseigné |  |  | Sans |  |
| Nbre d'enfants |  |  | Curateur |  |  |  |  |  | Autre |  |

**DEMARCHE DE SOIN ENTREPRISE :**

**MOTIF DE LA DEMANDE :**

**HISTORIQUE DE LA SITUATION :**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**PARTENAIRE RESSOURCE :**

USAGER :