**DEMANDE D’INTERVENTION**

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

**A envoyer par mail :** **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** **– 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 :