



Fiche de saisine à transmettre à l'adresse :
facilitmavie32@gers.fr

Personne concernée :

NOM Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Coordonnées (tél. / mail) :

Organisme sécurité sociale : MSA CPAM Autre :

Caisse de retraite principale : MSA CARSAT Autre :

Caisses de retraite complémentaires :

Mutuelle :

Droits ouverts :

Après de la MDPH : Oui Non

Est-elle bénéficiaire de la PCH ? Oui Non

Est-elle bénéficiaire de l'APA ? Oui Non

Nom du service d'aide à domicile :

Autres professionnels intervenants :

Fonction :

Coordonnées :

Un bilan d'ergothérapie a-t-il déjà été fait ? Oui Non

Si oui, quand ?

D'autres aménagements du logement ont-ils été faits ?

Avez-vous déjà sollicité MA PRIMEADAPT ? Oui Non

Si oui, quand ?

DISPOSITIF DES AIDES TECHNIQUES

Personne ressource / proche aidant :

NOM Prénom :

Nature du lien (famille, voisin, ami...) :

Professionnel demandeur :

NOM Prénom :

Structure / type de professionnel :

Coordonnées téléphoniques et email :

Motif de la demande / besoins identifiés : qu'attendez-vous de ce bilan ? Des aides techniques ? Des travaux d'aménagement du logement ?... Pour la personne ? Pour faciliter le travail des professionnels ?

FORMULAIRE DE RECUEIL DE CONSENTEMENT

Partie à conserver par le bénéficiaire

Dans le cadre de la Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie (CFPPA) et sur prescription d'un professionnel, il vous est proposé de faire réaliser un bilan gratuit par un ergothérapeute.

Le professionnel recueille des informations vous concernant qui sont transmises au Service information, coordination de l'autonomie (SICA) du Conseil Départemental. Ces informations font l'objet d'un traitement informatique. Ce recueil est basé sur votre consentement.

Conformément à la loi « informatique et liberté » modifiée et au règlement européen RGPD, vous bénéficiez d'un droit d'information, d'accès, de rectification ou d'effacement de vos données.

Vous pouvez aussi à tout moment retirer votre consentement en adressant votre demande par mail à l'adresse dpd@gers.fr.

Vous disposez du droit d'introduire une réclamation à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (www.cnil.fr)

✂

Partie à remplir, signer et à remettre au professionnel

Je soussigné(e) (NOM Prénom) :

Adresse complète :

.....

Dans le cadre de l'action intitulée BILAN ERGONOMIE à domicile,

Soutenu par la Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie et par le Département du Gers, Direction Politiques Autonomie

Je consens au recueil des informations me concernant :

Oui

Non

A, le

Signature (précédée de la mention « Lu et approuvé »)