

Nom :	Prénom :	Date/naissance:
Adresse :	Localité :	En couple :
Tél. :		

**1. Soutien financier :**

- Bénéficiaire de PC ; RFM  Bénéficiaire d'une API

**2. Prise en charge médico-sociale :**

Êtes-vous actuellement bénéficiaire des services du CMS, ou d'une OSAD (p.ex. La Solution, etc.) :

- Soins de base, aide à la toilette  Suivi par l'assistant social  
 Soins infirmiers  Aide au ménage  
 Suivi par l'infirmière en psychiatrie  Aide aux courses  
 Autres prestations : \_\_\_\_\_

**3. Moyens auxiliaires :**

- Aides auditives  Rollator  
 Cannes anglaises  Chaise roulante manuelle  
 Tintébin  Chaise roulante électrique  
 Autres prestations : \_\_\_\_\_

**4. Relations avec vos proches, entourage :**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**5. Intérêts/loisirs :**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**6. Type d'appartement souhaité :**

- 1,5 pces  2 ou 2,5 pces (couples en priorité)

Remarques :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Lieu : \_\_\_\_\_ le, \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_