# ***Demande d’Accompagnement Social***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Date : |  | |  | |
| Professionnel : |  | |  | |
| Service / tél. : |  | | Date d’entrée : | |
| Adresse complète: | L      - |  | | |
| Email : |  | | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Caractéristiques du ménage demandeur | | | | | | | | |
| Rue et n° : |  | | | | | | L - | |
| 1. Tél. fixe: | | | | 2. Gsm.: | | | 3. Gsm .**…**: | |
| Email 1 : | | | | | | Email 2 : | | |
| Membres ménage | | | **adulte** | | **adulte** | | **adulte** | **adulte** |
| Nom | | |  | |  | |  |  |
| Nom de jeune fille | | |  | |  | |  |  |
| Prénom | | |  | |  | |  |  |
| Matricule (d.naiss.) | | |  | |  | |  |  |
| Sexe | | | mas.  fem. | | mas.  fem. | | mas.  fem. | mas.  fem. |
| Etat civil | | |  | |  | |  |  |
| Nationalité | | |  | |  | |  |  |
| Lien familial | | | /////////////////// | |  | |  |  |
| Profess./occupat. | | |  | |  | |  |  |
| REVIS | | | oui  non | | oui  non | | oui  non | oui  non |
| Membres ménage | | | **enfant** | | **enfant** | | **enfant** | **enfant** |
| Nom | | |  | |  | |  |  |
| Prénom | | |  | |  | |  |  |
| Matricule | | |  | |  | |  |  |
| Sexe | | | mas.  fem. | | mas.  fem. | | mas.  fem. | mas.  fem. |
| Etat civil | | |  | |  | |  |  |
| Nationalité | | |  | |  | |  |  |
| Lien familial | | |  | |  | |  |  |
| Profess./occupat. | | |  | |  | |  |  |
| Ecole / Classe | | |  | |  | |  |  |
| Remarque : | | | | | | | | |
| Explication succincte de la situation (en accord avec le client) | | | | | | | | |
| 1. Problème(s) actuel(s)  (d'ordre physique, psychique, sociales, culturelles, …) | |  | | | | | | |
| **2. Ressource(s) actuelle(s)**  (d'ordre physique, psychique, sociales, …) | |  | | | | | | |
| 3. Objectifs  (souhaités par …, nécessaires car, …) | |  | | | | | | |
| 4. Démarches et aides antérieures | |  | | | | | | |
| 5. Autres intervenants  (coordonnées) | |  | | | | | | |

Le demandeur soussigné, déclare par la présente autoriser M/MME,

(profession) au service .

à communiquer la présente demande au service d'accompagnement social. Cette autorisation est donnée en toute connaissance de cause.

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  signature du professionnel | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  date et signature du demandeur  (faire précéder de « lu et approuvé ») |

La demande est à envoyer à :

Ligue médico-sociale / Direction sociale Rue Henri VII, 21-23 L-1725 Luxembourg