# ***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