

DÉPARTEMENT DE L'INTERIEUR

SAS - SERVICE DE L'ACTION SOCIALE

FORMULAIRE DESTINÉ AUX ADULTES JURASSIENS

DEMANDE DE PRESTATIONS INSTITUTIONNELLES

Le SAS enregistre toutes les demandes de prestations d'hébergement, d'hébergement avec occupation ou de placement en centre de jour, effectuée en faveur d'un adulte en situation de handicap mental, sensoriel, physique ou psychique.

Ce formulaire est à envoyer au SAS, Faubourg des Capucins 20, 2800 Delémont, qui le transmettra à Pro Infirmis, organisme chargé de proposer une orientation sur la base d'une évaluation des attentes et des besoins de la personne mandante.

NOM:	<input type="text"/>		
PRENOM:	<input type="text"/>		
DATE DE NAISSANCE:	<input type="text"/>	SEXE :	<input type="text"/>
NATIONALITE:	<input type="text"/>	PERMIS:	<input type="text"/>
RENTE AI:	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES:	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
API:	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	SI OUI, DEGRE:	<input type="text"/>
DOMICILE LEGAL ET ADRESSE EXACTE:	<input type="text"/>		
CURATELLE:	<input type="checkbox"/> OUI	⇒ Nom du(de la) représentant-e légal-e:	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> NON	⇒ Autre personne de contact:	<input type="text"/>
ADRESSE (si différente):	<input type="text"/>		
TELEPHONE PRIVE:	<input type="text"/>		
MOBILE:	<input type="text"/>		
ADRESSE E-MAIL:	<input type="text"/>		
Domaine du handicap:	<input type="checkbox"/> mental	<input type="checkbox"/> physique	
	<input type="checkbox"/> mental avec autisme	<input type="checkbox"/> cérébroléso	
	<input type="checkbox"/> polyhandicap	<input type="checkbox"/> psychique	
	<input type="checkbox"/> sensoriel, à préciser sous motivation	<input type="checkbox"/> autre, à mentionner sous motivation	
Prestation(s) envisagée(s):	<input type="text"/>	Dès le:	<input type="text"/>

En bref, MOTIVATION DE LA DEMANDE

Date de la demande:	<input type="text"/>	Signature de la personne ou de son/sa représentant-e légal-e	<input type="text"/>
---------------------	----------------------	-----------------------------------------------------------------	----------------------

Rempli par le SAS :

Date de la transmission à Pro Infirmis:	<input type="text"/>	Pour le SAS:	<input type="text"/>
--------------------------------------------	----------------------	--------------	----------------------