

## DEMANDE D'APPUI DAC ARDECHE

Date de la demande :

**Rappel : la personne doit être obligatoirement informée avant toute saisine du DAC Ardèche (\*)**

J'atteste avoir informé la personne concernée du recours au Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC)

La personne accepte l'intervention du DAC Ardèche :  oui /  non

Si opposition, merci de préciser la raison :

La personne accepte la transmission au DAC des informations décrites ci-dessous, et est informée que ces données pourront faire l'objet d'un traitement informatique :  oui /  non

Avez-vous déjà sollicité d'autres dispositifs ou professionnels que le DAC ?  oui /  non

Si oui, précisez

✓ Identité du demandeur

Nom :

Prénom :

Adresse :

Mail :

Téléphone :

Fonction :

Structure/Etablissement de rattachement :

✓ Identité de la personne concernée, merci de nous fournir un justificatif d'identité (CNI ou passeport ou titre de séjour)

**Nom de naissance (\*) :**

**Nom d'usage (\*) :**

**Prénom(s) (\*) :**

**Date de naissance (\*) :**

**Lieu de naissance (\*) :**

Adresse :

Code Postal/Ville :

Mail :

Téléphone :

**(\*) mentions obligatoires**

❖ **Situation de la personne concernée, au moment de la demande (\*)**

✓ Situation familiale

- Marié(e)       En couple       Divorcé(e)       Veuf(ve)       Célibataire  
 Autre :

✓ Lieu de vie

- Domicile      Type de logement :  Propriétaire     Locataire  
 EHPAD – EHPA :  
 Autre, précisez :

✓ Hospitalisation en cours

Motif : \_\_\_\_\_ Lieu : \_\_\_\_\_  
 Date de sortie envisagée :

✓ Situation socioprofessionnelle

- Sans emploi     Salarié(e)     Indépendant     Retraité(e)     Scolarisé(e)

✓ Droits ouverts

- Organisme de sécurité sociale (CPAM/MSA/...)

**Numéro d'immatriculation (\*) :**

- Mutuelle     CSS     AME     ALD  
 APA    GIR (si connu) :     AAH     PCH  
 Caisse de retraite  
 Autre :

✓ Mesure de protection juridique

- Oui     non     Demande en cours

Si oui, précisez laquelle

✓ Médecin traitant

La personne concernée a un Médecin traitant :  oui /  non

Le médecin traitant est informé de la saisine du DAC :  oui /  non

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_


Téléphone : \_\_\_\_\_ Mail : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Code Postal/Ville : \_\_\_\_\_

✓ Intervenants professionnels (santé et/ou social) déjà en place

Professions	Noms/ prénoms	Coordonnées (Mail et Téléphone)	Adresses et/ou Structures
Médecin(s) spécialiste(s)			
<input type="checkbox"/> Cabinet infirmier <input type="checkbox"/> SSIAD			
Service d'aide à domicile			
Structure sociale (Service autonomie, caisse de retraite, MDPH, CMS...)			
Autre(s) (Portage de repas, ergothérapeute, association...)			

✓ Contacts : entourage (enfants, conjoint) /aidants/proches référents/ personne de confiance

 <b>Noter seulement les personnes autorisées par la personne à être contactées par le DAC et par ordre de priorité</b>			
Noms/ Prénoms	Liens	Coordonnées (Mail et Téléphone)	Adresses

❖ **Problématiques de la personne concernée (relevées par le demandeur) (\*)**

Difficultés administratives et /ou financières et besoin de protection juridique

- Absence ou insuffisance de ressources
- Difficultés de gestion
- Besoin de protection juridique

Problématiques liées aux soins somatiques ou psychiques

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pathologies chroniques    | <input type="checkbox"/> Hospitalisations multiples ou régulières |
| <input type="checkbox"/> Chutes                    | <input type="checkbox"/> Etat douloureux                          |
| <input type="checkbox"/> Dégradation état de santé | <input type="checkbox"/> Troubles alimentaires                    |
| <input type="checkbox"/> Troubles cognitifs        | <input type="checkbox"/> Refus des aides                          |
| <input type="checkbox"/> Dénî                      | <input type="checkbox"/> Repli sur soi                            |
| <input type="checkbox"/> Isolement                 | <input type="checkbox"/> Réactions inadaptées                     |

Problématiques relatives aux proches aidants et/ou à l'isolement Social et Familial

- Isolement/rupture de lien
- Epuisement / Indisponibilité des aidants
- Epuisement des professionnels

Autres :

Problématique de prévention et d'éducation à la santé

Précisez :

Problématiques liées à la vie quotidienne

- Besoins d'aides aux actes essentiels (alimentation, hygiène, déplacement ...)
- Besoin d'aide aux activités domestiques (entretien logement, linge, course repas...)
- Comportement à risque (errance, déambulation, addictions ...)
- Logement inadapté / accessibilité inconfortable, incurie encombrement

Problématiques d'accès aux structures d'hébergement / accueil de jour/ autres....

Précisez :

Problématiques de scolarité/ formation/ emploi

Précisez :

Autres types de problématiques

Précisez :

✓ Descriptif détaillé de la situation


Possibilité de joindre un rapport d'évaluation en annexe

Contexte familial, sanitaire, environnemental et difficultés rencontrées :

✓ Besoins exprimés de la personne

✓ Besoins repérés du demandeur

❖ Demande d'appui à adresser :

- Par messagerie sécurisée Via   
DAC ARDECHE NORD - DAC ARDECHE CENTRE - DAC ARDECHE SUD
- Par mail : [contact@dacardeche.fr](mailto:contact@dacardeche.fr)
- Par Courrier : Antenne Nord : 105, rue de la Lombardière – 07430 Davézieux  
Antenne Centre : 116, rue Marc Seguin - 07500 Guilhaud-Granges  
Antenne Sud : 10, avenue Boisvignal - 07200 Aubenas