

PLAN CANICULE 2020 - FICHE DE LIEN SOCIAL

**Vous êtes une personne âgée,
handicapée, isolée résidant à
Stains**
FAITES-VOUS CONNAÎTRE

**Vous avez déjà transmis la
fiche les années passées**
RÉACTUALISEZ-LA

**Vous connaissez une personne
susceptible d'être concernée par
cette fiche,**
AIDEZ-NOUS À LA CONNAÎTRE

LES SITUATIONS VOUS PERMETTANT D'ÊTRE RECENSES (cocher les cases correspondantes)

Vous avez :

- + De 65 ans + de 60 ans et êtes reconnu(e) inapte au travail
 - de 65 ans et êtes isolé(e) Un handicap (préciser

Vous vivez :

- | | | | | |
|----------------------------------|--|---|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Seul(e) | <input type="checkbox"/> En couple :
Etat du conjoint ? | <input type="checkbox"/> En famille, accompagné(e)
Fréquence des présences ? | <input type="checkbox"/> Tout le temps -là | <input type="checkbox"/> Souvent-là |
| | | <input type="checkbox"/> Rarement-là | <input type="checkbox"/> Rarement-là | <input type="checkbox"/> Jamais-là |

VOS COORDONNEES - ces informations sont essentielles pour vous contacter

Nom : Prénom :

Date de naissance : Age :

Adresse :

Bât. : Etage : Porte : Code :

N° de Téléphone : Portable :

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES UTILES EN CAS D'URGENCE

Nom et N° de téléphone de l'un de vos proches :

Nom et N° de téléphone de votre médecin traitant :

Recevez-vous des visites ?
 Oui, tout le temps Oui, souvent Oui, un peu
 Une fois comme ça Rarement Jamais

Si oui, précisez : (voisins, amis, aide à domicile, portage de repas, soins infirmiers)

Combien de fois par semaine ? Le week-end

Bénéficiez-vous d'un dispositif de télé-assistance ? Oui Non

Pouvez-vous sortir seul(e) ? Oui, sans difficulté Oui, mais avec difficulté Non

Souhaitez-vous être contacté(e) le week-end ? Oui Non

Allez-vous être absent(e) cet été et à quelle date ?

Remplie par :

Le :

Signature

✉ A retourner à la:

Mairie de STAINS

Service Solidarités/Seniors

6 avenue Paul Vaillant Couturier

BP 73 93240 STAINS