|  |
| --- |
| Personne concernée : |
| NOM Prénom :  | Date de naissance :  |
| Adresse :  |
| Coordonnées (tél. / mail) :  |
| Organisme sécurité sociale :  | [ ]  MSA  | [ ]  CPAM  | [ ]  Autre : |
| Caisse de retraite principale :  | [ ]  MSA  | [ ]  CPAM  | [ ]  Autre : |
| Caisses de retraite complémentaires :Mutuelle :  |

|  |
| --- |
| Droits ouverts : |
| Auprès de la MDPH : [ ]  Oui [ ]  Non  |
|  Est-elle bénéficiaire de la PCH ? [ ]  Oui [ ]  Non  |
| Est-elle bénéficiaire de l’APA ? [ ]  Oui [ ]  Non  |
| Nom du service d’aide à domicile :  |
| Autres professionnels intervenants : Fonction : Coordonnées : |
| Un bilan d’ergothérapie a-t-il déjà été fait ? [ ]  Oui [ ]  Non  Si oui, quand ?  |
| D’autres aménagements du logement ont- ils été faits ? |
| Personne ressource / proche aidant : |
| NOM Prénom : Nature du lien (famille, voisin, ami…) : |

|  |
| --- |
| Professionnel demandeur : |
| NOM Prénom : |
| Structure / type de professionnel : |
| Coordonnées : |

|  |
| --- |
| Motif de la demande / besoins identifiés : qu’attendez-vous de ce bilan ? Des aides techniques ? Des travaux d’aménagement du logement ?....Pour la personne ? Pour faciliter le travail des professionnels ? |

|  |
| --- |
| **FORMULAIRE DE RECUEIL DE CONSENTEMENT**  |

*Partie à conserver par le bénéficiaire*

Dans le cadre de la Conférence des financeurs de la prévention de la perte d’autonomie (CFPPA) et sur prescription d’un professionnel, il vous est proposé de faire réaliser un bilan gratuit par un ergothérapeute.

Le professionnel recueille des informations vous concernant qui sont transmises au Service information, coordination de l’autonomie (SICA) du Conseil Départemental. Ces informations font l’objet d’un traitement informatique. Ce recueil est basé sur votre consentement.

Conformément à la loi « informatique et liberté » modifiée et au règlement européen RGPD, vous bénéficiez d’un droit d’information, d’accès, de rectification ou d’effacement de vos données.

Vous pouvez aussi à tout moment retirer votre consentement en adressant votre demande par mail à l’adresse dpd@gers.fr.

Vous disposez du droit d’introduire une réclamation à la Commission Nationale de l’Informatique et des Libertés ([www.cnil.fr](http://www.cnil.fr))

✂

*Partie à remplir, signer et à remettre au professionnel*

Je soussigné(e) (NOM Prénom) :

Adresse complète :

Dans le cadre de l’action intitulée BILAN ERGONOMIE à domicile,

Soutenu par la Conférence des financeurs de la prévention de la perte d’autonomie et par le Département du Gers, Direction Politiques Autonomie

Je consens au recueil des informations me concernant :

|  |  |
| --- | --- |
|  [ ]  Oui  |  [ ]  Non  |

A , le

Signature (précédée de la mention « Lu et approuvé »)