



**CRT SUD EST ALLIER**  
8 Rue Roger Besson  
03150 Saint-Gérard-Le-Puy  
04 43 90 01 91

**Procédure  
AGEVAL**

**FONCTIONNEMENT CRT**

**15/09/2025  
VERSION 2**

## FICHE D'ORIENTATION

Date de la demande :

Comment avez-vous entendu parler du CRT ?

### COORDONNEES DE LA PERSONNE CONCERNEE PAR LA DEMANDE

NOM/PRENOM(S) : \_\_\_\_\_ NOM DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_ AGE : \_\_\_\_\_

ADRESSE COMPLETE : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

MAIL : \_\_\_\_\_ TÉLÉPHONE : \_\_\_\_\_

GIR (SI CONNU) : \_\_\_\_\_ N° SÉCURITÉ SOCIALE : \_\_\_\_\_

### COORDONNEES DE LA PERSONNE COMPLETANT LA DEMANDE

(ne pas compléter si le bénéficiaire est lui-même le rédacteur)

NOM/PRENOM(S) : \_\_\_\_\_

FONCTION : \_\_\_\_\_ TELEPHONE : \_\_\_\_\_

STRUCTURE : \_\_\_\_\_ MAIL : \_\_\_\_\_

### PERSONNE DE CONFIANCE :

Nom/prénom : \_\_\_\_\_ Coordonnées : \_\_\_\_\_

Lien avec le bénéficiaire : \_\_\_\_\_

### RAISONS DE LA DEMANDE D'ADMISSION (PRECISEZ LE CONTEXTE, LA SITUATION...) :

Accord de la personne au partage d'informations : ☐ Oui ☐ Non

La personne est-elle au courant de la démarche : ☐ Oui ☐ Non

Est-elle d'accord avec la démarche : ☐ Oui ☐ Non

Pour le suivi de la demande, contacter : ☐ La personne elle-même ☐ La personne ressource

### INFORMATIONS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE

**SITUATION FAMILIALE :** ☐ Marié(e) ☐ Veuf(ve) ☐ Célibataire ☐ Divorcé(e) ☐ Concubin(e) ☐ Pacsé(e)

☐ Autre : \_\_\_\_\_

Nombre d'enfant(s) : \_\_\_\_\_

Vit : ☐ A domicile seul(e) ☐ Couple ☐ Avec enfant(s) ☐ Chez enfant(s) ☐ Autre : \_\_\_\_\_

Présence de proches (proximité avec la personne, aide apportée...), coordonnées : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### INFORMATIONS CONCERNANT LE CONJOINT

NOM/PRENOM(S) : \_\_\_\_\_ DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

ADRESSE \_\_\_\_\_ TÉLÉPHONE : \_\_\_\_\_

MAIL : \_\_\_\_\_

### INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Une demande de dossier via trajectoire est-elle en cours ? ☐ oui ☐ non

Si oui n° de dossier et pour quel(s) EHPAD(s) ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hébergement temporaire au cours des 6 derniers mois ? ☐ oui ☐ non

Hospitalisation au cours de la dernière année ? ☐ oui ☐ non

Si oui, nombre et dates des hospitalisations : \_\_\_\_\_

Le médecin est-il informé de la demande ? ☐ oui ☐ non

Mesure de protection : ☐ curatelle ☐ curatelle renforcée ☐ tutelle ☐ habilitation familiale

☐ non ☐ en cours (précisez date) : \_\_\_\_\_

Coordonnées de la personne ou l'organisme exerçant la mesure : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_