



ENVIRONNEMENT FAMILIAL ET SOCIAL

NOM :

PRENOM :

SITUATION FAMILIALE

- célibataire marié veuf séparé divorcé PACS concubin non précisé

Compléter la liste des personnes présentes au foyer, sauf si : vit seul non précisé

Lien de parenté	Age	Situation par rapport à l'emploi

Observation

SITUATION SOCIALE DE LA PERSONNE HANDICAPEE

Situation actuelle par rapport à l'emploi

- Chômage Exerce une activité professionnelle (*même non rémunérée, apprentissage, CAT...*)
 Arrêt maladie ou AT/MP Affections de longue durée Invalidité
 Etudiant, formation non rémunérée
 Au foyer Retraité à l'âge normal Retraite anticipée
 Congé parental Autre inactif non précisé

Préciser la date du début de cette situation : . . / . . /

Ressources

- Salaire et autre revenu du travail Allocation chômage
 AAH RMI Prestation familiale Allocation logement
 Autre allocation (*préciser*)
 IJ
Pension d'invalidité 1^{ère} cat. 2^{ème} cat. 3^{ème} cat.(MTP)
 Pension d'incapacité Pension d'invalidité totale
 Rente AT/MP : Majoration tierce personne de la rente AT taux
 Pension militaire d'invalidité ou de victime de guerre Majoration tierce personne de cette pension taux
 Pension civile d'invalidité Majoration spéciale (tierce personne)
 Autre pension d'invalidité (*préciser*) Autre majoration tierce personne (*préciser*)
 Retraite Autres revenus
 Absence de ressource personnelle Non précisé

Prise en charge ou autres indemnités (*Il peut s'agir de prise en charge au titre de la sécurité sociale, d'autres collectivités publiques, assurances, mutuelles ...*)

- non oui

Autres demandes en cours (*exemple : demande de pension d'invalidité*) :

Litige en cours (*en lien avec le handicap, concernant par exemple l'assurance maladie, l'employeur...*) :

Fonction Elective ou participation à des instances ou organismes où siègent de droit des représentants de personnes handicapée ou de leurs familles

(*à ne remplir que si demande de prestation de compensation pour des frais supplémentaires*)

Exerce une fonction élective : non oui instances : non oui
(*préciser*)

Date de fin du mandat : . . / . . /

Besoins en aide humaine (*dans le cadre de cette fonction*) : non oui (*préciser*)

Autres besoins (*dans le cadre de cette fonction*) : non oui (*préciser*)