



Plateforme  
d'accompagnement et  
de répit des aidants  
du Territoire de Belfort

# FICHE DE LIAISON

**Accueillir - Ecouter - informer - orienter - Accompagner et Soutenir**

Document à retourner par mail : [plateforme-repit@pompidou-belfort.com](mailto:plateforme-repit@pompidou-belfort.com) ou par courrier : Accueil de Jour de la Résidence Pierre Bonnet - Plateforme d'accompagnement et de répit – 14 rue de Mulhouse – BP 70077 – 90002 Belfort cedex.

Date de la demande : |.....|

## Demande transmise par :

Nom : |.....| Prénom : |.....|

Structure / Organisme : |.....|

Tél : |.....| Mail : |.....|

.....

J'atteste sur l'honneur avoir informé l'aidant (dont l'identité figure ci-dessous) que la Plateforme d'accompagnement et de répit pourra le contacter dans le cadre de ses missions.

## IDENTITES

### AIDANT

Nom : |.....| Prénom : |.....|

Date de naissance : |.....|

Lien avec la personne malade (mari, femme, enfant, voisin, ami, ...) : |.....|

Adresse : |.....|  
|.....|

Tél : |.....|

### PERSONNE MALADE

Nom : |.....| Prénom : |.....|

Date de naissance : |.....| Maladie(s) neurodégénérative(s) : |.....|

## DISPOSITIF(S) ACTUEL(S) DONT BENEFICIE(NT) L'AIDANT ET/OU LA PERSONNE AIDEE

	L'AIDANT	LA PERSONNE AIDEE
L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Service aide à domicile (SAD) :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Service infirmier (SSIAD) :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autre (s)  .....		

## CONTEXTE DE LA SITUATION

|.....|  
|.....|  
|.....|  
|.....|  
|.....|