**Demande de suivi AS3A**

Prestation AS3A : Ambulatoire  Appartement

|  |
| --- |
| **Mandant** |
| Service  Nom Prénom  Adresse Complément d’adresse NPA Lieu  Téléphone Courriel  Type de curatelles |

|  |
| --- |
| **Bénéficiaire** |
| Nom Prénom Date de naissance  Adresse NPA Lieu  Téléphone Courriel. |

|  |
| --- |
| **Adresse de facturation (si différente du mandant)** |
| Service  Nom Prénom  Adresse Complément d’adresse NPA Lieu  Téléphone Courriel |

|  |
| --- |
| **Accompagnement (à remplir uniquement pour l’ambulatoire)** |
| Nombre d’intervention imaginée ? Heure(s)/semaine  La personne est-elle volontaire pour cet accompagnement ? Oui  Non  Le genre de l’intervenant-e AS3A est-il important Oui  Non  Si oui, il serait préférable (dans la mesure du possible) Homme  Femme  Ceci sera pris en compte dans la mesure de nos disponibilités |

|  |
| --- |
| **Brève présentation de la situation** |
|  |

|  |
| --- |
| **Remarque(s)** |
|  |

**Cliquez** [**ICI**](mailto:ludovic.dougoud@ffj.ch) **pour envoyer ce formulaire par courriel.**