

# FICHE DE LIAISON

Document CONFIDENTIEL

Le.....

**Document destiné à :**

.....

**Envoyé par (Nom, structure, téléphone) :**

.....

**Concernant :**

Nom – Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

.....

**Situation familiale :**

Situation familiale : ..... Nombre d'enfants à charge : .....

Situation professionnelle / ressources : .....

Couverture sociale /mutuelle .....

Etablissement(s) de santé et/ou professionnel(s)assurant la prise en charge santé :

.....

Prise en charge et accompagnement social assuré par :

.....

**Projet et demande de la personne :** .....

.....

.....

**Démarches réalisées et / ou en cours :** .....

.....

.....

**Motif de l'orientation et démarches à réaliser (personne / partenaire) :** .....

.....

.....

**Ces informations sont-elles portées à la connaissance de l'intéressé(e) :**    oui    non

Si non pourquoi ? .....

.....

Signature de la personne

**Fiche reçue le :** ..... **Par : (Nom) :** .....

**Suite donnée / commentaires :** .....

.....

.....

.....

## **NOTE D'INFORMATION**

### **I – Objectif Général**

Cette fiche de liaison a pour objectif d'améliorer la prise en charge des publics accueillis par les partenaires des secteurs associatifs, sanitaires et sociaux de l'agglomération montoise.

### **II – Modalités :**

La prise en charge des publics en situation de souffrances psychosociales et de précarité implique un solide partenariat transversal.

En conséquence, cette fiche de liaison permet de créer du lien entre acteurs en améliorant les circuits de prise en charge.

La fiche est renseignée par le partenaire émetteur avec l'accord de la personne concernée et dans la mesure du possible en sa présence.

Les éléments transmis doivent être utiles pour l'action à mener en relais. La fiche est transmise aux partenaires du réseau, soit par fax, soit par tous autres moyens respectant la confidentialité du document, en privilégiant la responsabilisation des usagers.