



## **Demande d'intervention de l'Équipe Mobile Santé Précarité Incurie**

### **Préambule**

Toute demande d'intervention sera traitée en commission interne par l'équipe pluri-professionnelle de l'EMSPI (cheffe de service, médecin, psychologue, infirmière et travailleur social).

Merci de compléter ce dossier et de l'envoyer à l'adresse mail suivante : [emspi@anef15.fr](mailto:emspi@anef15.fr)  
Vous pouvez contacter l'équipe au 06.80.88.42.15.

<u>Date de la demande :</u>	<u>Date de réception par l'EMSPI :</u>
-----------------------------	--

### **Informations du demandeur / prescripteur**

Nom, Prénom et fonction du demandeur / prescripteur :

Adresse :

☎ Téléphone :

✉ Email :

### **Informations sur la/les personne(s) concernée(s)**

Nom, prénom :

Adresse :

☎ Téléphone :

✉ Email :

Date de naissance :

Nationalité :

Situation familiale :

Ressources financières : .....

.....

.....

.....

.....

.....

Santé :

N° Sécurité Sociale : ...../...../...../...../.....-.....

Médecin Traitant : .....

Régime de couverture de protection sociale :

Régime général CPAM

Régime agricole MSA

Régimes spéciaux : .....

Complémentaire Santé Solidaire CSS

Autres : .....

<b>Descriptif de la situation et motif de la demande</b>
--

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

À ..... Le .....

<p><u>Signature du demandeur / prescripteur</u></p>              
---