

**Nom du porteur de projet :** La Vie Active

**Nom du projet :** IntegraPsy : Dispositif mobile d'accompagnement psychosocial de personnes ayant un projet d'intégration en France

### Dispositif mobile IntegraPsy

## Formulaire de demande d'intervention

(Ce formulaire sera à remplir par le professionnel chargé de l'accompagnement du bénéficiaire, daté, signé et tamponné par la structure, avant d'être renvoyé scanné au format PDF)

Date de la demande : ...../..... / .....

<u>Votre structure et/ou service</u>	<u>La personne de contact et/ou de référence</u>
<u>Nom</u> :	<u>Nom</u> :
<u>Type</u> :	<u>Type</u> :
<u>Adresse</u> :	<u>Adresse</u> :
<u>Adresse Mail</u> :	<u>Adresse Mail</u> :
<u>Téléphone</u> :	<u>Téléphone</u> :

<b><u>NOM DU BENEFICIAIRE :</u></b>	<b><u>Code bénéficiaire interne</u></b> (partie réservée à l'équipe INTEGRAPSY)
<b><u>PRENOM DU BENEFICIAIRE :</u></b>	
Nationalité .....	
Langue(s) parlée(s) / demandée(s).....	

Genre : Femme

Homme

Non-binaire

Date et lieu de naissance : ..... / ..... / ..... à .....

Date arrivée en France : ..... / ..... / .....

## STATUT JURIDIQUE DU BÉNÉFICIAIRE

<input type="checkbox"/> <b>DEMANDEUR D'ASILE</b>	<input type="checkbox"/> <b>PRIMO-ARRIVANT</b>
<input type="checkbox"/> Procédure normale	<input type="checkbox"/> Réfugié(e)
<input type="checkbox"/> Procédure accélérée	<input type="checkbox"/> Bénéficiaire de la protection subsidiaire
<input type="checkbox"/> Dubliné(e)	<input type="checkbox"/> Titre de séjour
<input type="checkbox"/> Réexamen	<input type="checkbox"/> Apatride ou en cours de demande

N° OFPRA (pour les demandeurs d'asile et les apatrides) : .....

N° AGDREF (pour les titulaires de titres de séjour) : .....

*Le bénéficiaire est-il isolé ou accompagné ? Précisez*

*A quand remontent les premiers signes de souffrance psychique ? Précisez les signes identifiés.*

*Personne à l'origine de la demande*

Je soussigné..... Fonction dans le service.....

Atteste l'exactitude des informations concernant le statut juridique du bénéficiaire.

Date, signature et cachet de l'établissement :