***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 : …../..... / ..........

|  |  |
| --- | --- |
|  **Votre structure et/ou service**  | **La personne de contact et/ou de référence**  |
| Nom : Type :Adresse : Adresse Mail :Téléphone :  | Nom : Type :Adresse : Adresse Mail :Téléphone : |

|  |  |
| --- | --- |
| **NOM DU BENEFICIAIRE :** | **Code bénéficiaire interne** (partie réservée à l’équipe INTEGRAPSY)  |
|  **PRENOM DU BENEFICIAIRE :**  |   |
|  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 BENEFICIAIRE**

|  |  |
| --- | --- |
|  **DEMANDEUR D’ASILE** |  **PRIMO-ARRIVANT** |
|  Procédure normale  |  Réfugié(e) |
|  Procédure accélérée |  Bénéficiaire de la protection subsidiaire |
|  Dubliné(e) |  Titre de séjour |
|  Réexamen |  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 :