



ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

Service de la prévoyance sociale SPS
Sozialvorsorgeamt SVA

Route des Cliniques 17, 1701 Fribourg

T +41 26 305 29 68
www.fr.ch/sps

Fiche signalétique

* Champs obligatoires

Données personnelles	
Motif/Contexte de la demande	texte
* Numéro sécurité sociale	000.0000.0000.00
* Nom	texte
* Prénom	texte
* Adresse actuelle	rue, numéro, NPA, lieu
* Téléphone	000/000.00.00
* Domicile légal	lieu, canton
Nationalité / Lieu d'origine	texte, lieu, canton
Permis de séjour	permis B, permis C, permis L, permis G, requérant d'asile
* Demande "lieu de vie"	home avec occupation, home sans occupation, logement décentralisé, suivi post-résidentiel, accompagnement à domicile, aucune prestation d'hébergement
* Demande "travail/occupation"	atelier d'occupation, atelier de production, centre de jour, suivi en entreprise, aucune prestation de travail/occupation
* Date de naissance	00.00.0000
* Sexe	féminin, masculin
* Langue de référence	français, allemand, autre
Situation familiale	célibataire, marié/e, divorcé/e, veuf/ve, partenariat
	avec enfants à charge, sans enfant à charge
Religion, confession (facultatif)	texte
Lieu de séjour actuel	rue, numéro, NPA, lieu ou nom de la structure

Partenaires réseau actuellement mobilisés ¹	
*Représentant légal actuel	oui, non
	nom, prénom, adresse, numéro téléphone, e-mail
*Tutelle/Curatelle (ancienne dénomination)	Tutelle: <input type="checkbox"/> Curatelle: <input type="checkbox"/> Curatelle de représentation: <input type="checkbox"/> Curatelle de gestion des biens: <input type="checkbox"/> Conseil légal (capacité restreinte): <input type="checkbox"/> (à cocher)
*Curatelle	de portée générale: <input type="checkbox"/> de représentation: <input type="checkbox"/> de représentation pour la gestion du patrimoine: <input type="checkbox"/> de coopération: <input type="checkbox"/> d'accompagnement: <input type="checkbox"/> (à cocher)
Personne(s) ressource	nom, prénom, adresse, numéro téléphone, e-mail
	nom, prénom, adresse, numéro téléphone, e-mail
	nom, prénom, adresse, numéro téléphone, e-mail

Santé actuelle	
*Handicap	<input type="checkbox"/> handicap mental, <input type="checkbox"/> handicap physique, <input type="checkbox"/> handicap psychique, <input type="checkbox"/> handicap sensoriel, <input type="checkbox"/> conduites addictives (case à cocher et plage pour préciser la situation de handicap principale)
*Spécificités	texte : noter les éléments permettant une meilleure identification des difficultés de la personne (ex. trisomie 21, autisme, polyhandicap, schizophrénie, surdité, cécité, etc.)
*Moyens auxiliaires	texte : chaise roulante, déambulateur, canne, appareil acoustique, etc.
*Soins médicaux spécifiques	texte : noter les besoins liés à la santé qui nécessitent une prise en charge spécifique (ex. sonde gastrique, assistance respiratoire, alitement, médication de substitution en cas d'addiction, etc.)
Remarques générales	texte

¹ Mettre au courant la personne que son entourage peut être contacté par l'évaluateur ou par la personne en charge du dossier au sein du Service de la prévoyance sociale.

Situation financière	
*Rente AI	non, oui
Autres mesures de l'AI	texte
API	non, grave, moyenne, faible
Perte de gain (prestations)	texte
Autres prestations	texte

Trajectoire de vie	
Dernière formation achevée	type et niveau de formation
Parcours professionnel	dates, fonction, employeur
Prestations professionnelles actuelles/en cours	texte
Stages réalisés	dates, motif, employeur
Parcours institutionnel	dates, type de prestation, nom du fournisseur de prestations, lieu, motif d'entrée, motif de sortie
Prestations institutionnelles actuelles/en cours	texte
Parcours ambulatoire	date, type de prestation, nom du fournisseur de prestations, motif de l'arrêt
Prestations ambulatoires actuelles/en cours	texte
Loisirs	texte : noter les loisirs en cours au moment de l'évaluation par la personne
Divers	texte