

DEMANDE DE SOUTIEN FINANCIER
à remplir par le service, l'autorité tutélaire, l'institution tiers

Document complémentaire « Analyse professionnelle et Recommandation » à remplir par les professionnel-le-s du Social ou de la Santé, les autorités de tutelle et de curatelle, les institutions spécialisées.

DONNEES PERSONNELLES DU /DE LA REFERENT-E

Madame Monsieur

Nom et prénom : _____

Profession : _____

Employeur : _____

Autorité / Institution : _____

Téléphone professionnel : _____

Téléphone mobile : _____

Adresse électronique : _____

Rue et numéro : _____

NPA et localité : _____

Evaluation sociale (précarité, problèmes de santé, absence de réseau social, facteurs de vulnérabilité ou autres) :

Evaluation des revenus et dépenses (budget, prestations complémentaires, assurance invalidité, bourses, réduction des primes de caisse maladie ou autres) :

Démarches entreprises pour améliorer ou résoudre la situation :

Informations concernant le suivi / l'accompagnement de la personne :

Recommandation à l'attention de la Fondation Saint-Joseph :

Il va de soi que les données sont traitées de manière confidentielle et uniquement dans le cadre de la demande de soutien financier.

Il n'existe aucun droit légal sur les prestations de la Fondation Saint-Joseph.

Lieu et date : _____ Signature : _____

Annexes : _____

A adresser à : Fondation Saint-Joseph – Rue des Tilleuls 25 – 2900 Porrentruy ou par courriel à f.st-joseph@bluewin.ch