|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | | [logo](https://handilyonrhone.org/) |  | | **FICHE DE LIAISON**  **DIAGNOSTIC SANTé METROPOLITAIN** | | |  |

|  |
| --- |
| **STRUCTURE EN CHARGE DE L’ACCOMPAGNEMENT DU BENEFICIAIRE RSA**  Structure : Date :  Adresse : Ville :  Nom et prénom du Référent de parcours :  Mail : Téléphone :  Nature de la problématique de santé repérée : Motrice  Visuelle  Auditive  Cognitive  Psychique  Mentale  Maladie invalidante  La personne a-t-elle une reconnaissance administrative de son handicap ?  Oui  Non  En cours  Si oui, laquelle ?  RQTH  AAH  Pension d’invalidité  Autre |
| **BENEFICIAIRE RSA**  Nom : Prénom : Date de naissance :  Nom de naissance :  Adresse : Ville :  Téléphone : Mail :  Date d’ouverture RSA : Numéro CAF :  Contrat RSA en cours du : au  Numéro identifiant Pôle emploi si inscrit :  Projet professionnel, si identifié : |
| Dans quelle étape de parcours se situe la personne (projet, formation, accès à l’emploi…) ?  Votre argumentaire, vos attentes (éléments de diagnostic, informations sur le parcours, projet de la personne, écarts ou freins identifiés…) : |