

## **FICHE DE SAISINE - Communauté 360**

La Communauté 360 a pour objectif d'écouter, d'analyser, d'évaluer des demandes et les besoins des personnes en situation de handicap et de leurs proches, afin de rechercher des réponses adaptées à partir de prestations mobilisables sur le territoire. Trois niveaux d'interventions sont possibles :

- **Niveau 1 : Information et orientation des personnes sollicitant la communauté**
- **Niveau 2 : Accompagnement individuel et coordination de parcours**
- **Niveau 3 : Elaboration et création d'une nouvelle offre**

JE SOLLICITE LE NIVEAU 2 DE LA C360.

Pour ce faire, six professionnels sont à votre disposition :

***Merci par avance de retourner ce document complété (fiche au dos) à :***

### **Coordinatrice de la Communauté 360 :**

Catherine DAVID ROUSSEAU ☎ 03.84.87.42.35 @ : [communaute360@jura.fr](mailto:communaute360@jura.fr)

### **Conseillères en parcours C360 :**

Hélène ARTHUS     Anne VUICHARD ☎ 03.84.87.40.17 @ : [communaute360@jura.fr](mailto:communaute360@jura.fr)

Adresse : Maison Départementale des Personnes Handicapées du Jura/Communauté 360  
355 Boulevard Jules Ferry 39000 LONS LE SAUNIER

### **Cheffe de service Maison Des Parcours :**

Audrey GALLEZOT ☎ 06.38.85.32.13 @ : [a.gallezot@juralliance.fr](mailto:a.gallezot@juralliance.fr)

### **Coordinatrices de parcours C360 :**

Anne BEAUQUIS

☎ 06.38.43.22.92 @ : [a.beauquis@juralliance.fr](mailto:a.beauquis@juralliance.fr)

Lucie PERRIN

☎ 07.87.56.55.94 @ : [l.perrin@juralliance.fr](mailto:l.perrin@juralliance.fr)

Adresse : 9 rue Chauvin 39600 ARBOIS

## FICHE DE SAISINE

Sollicitée par :

En date du :

Nom-Prénom :

Fonction :

Etablissement-service :

Téléphone-Mail :

Nom et prénom de la personne accompagnée :

Date de naissance :

La personne est-elle informée de la demande ? Oui  Non

Ses coordonnées :

☎ :

@ :

✉ :

MESURE de protection : Oui  Non

Nature de la mesure :

Exercée par (coordonnées) :

Notification MDPH : Oui  Non

## MOTIF DE L'ORIENTATION

Éléments permettant la compréhension des attentes et des besoins :

## DÉFICIENCE(S)/HANDICAP(S) RENCONTRÉ(ES) D'ORDRE :

Mental  Auditif  Visuel  Moteur  Psychique  Psychologique  
 Autisme et troubles envahissants du développement  Polyhandicap  Handicap rare  Autres

## PARTENAIRES INTERVENANT DEJA DANS LA SITUATION

-  
-

DATE :

SIGNATURE DU PRESCRIPTEUR :

Proposition de RDV

Réponse apportée suite à l'étude de situation en date :

Orientation vers un partenaire

Autres