



## 1. Données personnelles du patient

|                             |                       |
|-----------------------------|-----------------------|
| Numéro Dossier              | D2014-1085            |
| Nom                         | CAMARA                |
| Prénom                      | Fanta                 |
| Sexe                        | Femme                 |
| Rue                         |                       |
| Numéro                      |                       |
| Code postal                 |                       |
| Commune                     | ETTERBEEK             |
| Date de naissance           | 0000-00-00            |
| Nationalité                 |                       |
| Âge au moment de l'accident |                       |
| Téléphone                   |                       |
| GSM                         | 0466/013306           |
| E-mail                      | camarakonate@yahoo.fr |
| Status                      | Marié                 |
| Profession                  | Employé               |

## 2. Données du bénéficiaire

|                                     |            |
|-------------------------------------|------------|
| Le patient est-il le bénéficiaire ? | Oui        |
| Relation                            |            |
| Nom                                 |            |
| Prénom                              |            |
| Sexe                                |            |
| Rue                                 |            |
| Numéro                              |            |
| Code postal                         |            |
| Commune                             |            |
| Date de naissance                   | 0000-00-00 |
| Nationalité                         |            |
| Téléphone                           |            |
| GSM                                 |            |
| E-mail                              |            |
| Status                              | Marié      |
| Profession                          |            |

### 3. Situation familiale de la famille du patient.

Nombre de personnes qui vivent du revenu familial 0

### 4. Données de l'accident

Date de l'accident 2018-09-01

Hôpital

Centre de brûlés (Dernier)

Si transfer, Centre de brûlés précédent

Localisation des brûlures - Tête - Bras - Tronc antérieur

Profondeur des brûlures 2e/3e mixte

Pourcentage de brûlures 0 %

Genre d'accident Autre

### Enregistrement

Date d'admission 0000-00-00

Date de sortie 0000-00-00

Durée de l'admission 0

Cette demande concerne t-elle une nouvelle admission ?

### 5. Situation d'assurance(s)

Assurance 1

Assurance 2

### 6. Situation financière familiale Rentrées mensuelles familiale

Revenus 0 €

Indemnités de mutuelle 0 €

Invalidité 0 €

Chômage 0 €

Allocation familiale 0 €

Pension 0 €

CPAS 0 €

Pension alimentaire 0 €

Revenus immobiliers 0 €

Autres 0 €

**TOTAL DES REVENUS 0 €**

### Sorties mensuelles familiale

Loyer 0 €

Chauffage 0 €

|  |            |
|--|------------|
| Electricité et gaz                     | 0 €        |
| Eau                                    | 0 €        |
| Assurance auto                         | 0 €        |
| Assurance incendie                     | 0 €        |
| Assurance familiale                    | 0 €        |
| Assurance diverses                     | 0 €        |
| Téléphone                              | 0 €        |
| Taxes auto                             | 0 €        |
| Taxes commune                          | 0 €        |
| Précompte mobilier                     | 0 €        |
| Aide familiale                         | 0 €        |
| Frais médicaux                         | 0 €        |
| Frais judiciaires                      | 0 €        |
| Frais scolaires                        | 0 €        |
| Frais de crèche et de garderie         | 0 €        |
| Total crédit personnel                 | 0 €        |
| Total crédit voiture                   | 0 €        |
| Total crédit maison/appartement        | 0 €        |
| Autres                                 | 0 €        |
| -                                      | 0 €        |
| -                                      | 0 €        |
| -                                      | 0 €        |
| -                                      | 0 €        |
| <b>SORTIES TOTALES</b>                 | <b>0 €</b> |
| <b>RESTE (reentrées moins sorties)</b> | <b>0 €</b> |
| <b>Reste mensuel par personne</b>      | <b>0 €</b> |

#### 7. Frais médicaux Intervention personnelle

|              |            |
|--------------|------------|
| Facture 1    | 0 €        |
| Facture 2    | 0 €        |
| Facture 3    | 0 €        |
| Facture 4    | 0 €        |
| Facture 5    | 0 €        |
| <b>TOTAL</b> | <b>0 €</b> |

#### Intervention personnelle revalidation

|                  |     |
|------------------|-----|
| Kiné à la maison | 0 € |
|------------------|-----|

|                        |            |
|------------------------|------------|
| Kiné en ambulatoire    | 0 €        |
| Centre de revalidation | 0 €        |
| <b>TOTAL</b>           | <b>0 €</b> |

**Soins complémentaires**

|               |            |
|---------------|------------|
| Consultations | 0 €        |
| Pharmacie     | 0 €        |
| Divers        | 0 €        |
| <b>TOTAL</b>  | <b>0 €</b> |

**Frais de transport**

|                           |            |
|---------------------------|------------|
| Pendant l'hospitalisation | 0 €        |
| Après l'hospitalisation   | 0 €        |
| Ambulance/Hélicoptère     | 0 €        |
| <b>TOTAL</b>              | <b>0 €</b> |

**Vêtements compressifs**

|               |            |
|---------------|------------|
| Facture 1     | 0 €        |
| Facture 2     | 0 €        |
| Facture 3     | 0 €        |
| <b>TOTAAL</b> | <b>0 €</b> |

**Autres frais (spécifiez)**

|               |            |
|---------------|------------|
| -             | 0 €        |
| -             | 0 €        |
| -             | 0 €        |
| -             | 0 €        |
| -             | 0 €        |
| <b>TOTAAL</b> | <b>0 €</b> |

**TOTAL GÉNÉRAL DE L'ACCIDENT**

=> **0**

**CATÉGORIE D'INTERVENTION PAR LA FONDATION**

=> **Catégorie I : 100%**

**INTERVENTION DEMANDÉE**

=> **0**

**Paiement**

|          |     |
|----------|-----|
| Cheque   | 0 € |
| Virement | 0 € |

Virement 0 €

Virement 0 €

Virement 0 €

Virement 0 €

**MOTIVATION**

=> **Agression raciste d'un voisin par produit chimique. Relogée par l'Aide aux Victimes. Assistant social : Corentin CZERWINSKI (02/2013033)**

**Décision de la commission**

=>