

VOLET SOCIAL

A renvoyer par mail, avec le volet médical, à l'adresse : lhss@aers-asso.fr

Article D312-176-1 du code de l'action sociale et des familles :

Les LHSS accueillent des personnes majeures sans domicile fixe, quelle que soit leur situation administrative, ne pouvant être prises en charge par d'autres structures, dont la pathologie ou l'état général, somatique ou psychique, ne nécessite pas une prise en charge hospitalière ou médico-sociale spécialisée mais est incompatible avec la vie à la rue. Elles ne sont pas dédiées à une pathologie donnée.

Service Social Orienteur :
Adresse :
Nom / Prénom du travailleur social :
Tél/Fax/Mail :

Cadre réservé à l'AERS :

N° dossier :

Reçu le :

Retour fait le :

IDENTITE DE LA PERSONNE

ETAT CIVIL

Nom – Prénom :

Date de naissance : ... / ... / ... Genre : H F T

Situation familiale : Célibataire : Marié(e) : Autres :

N° de téléphone :

Domiciliation postale :

Dernier lieu de résidence :

Sans domicile depuis le :

Nationalité / Langues parlées :

PAPIERS D'IDENTITE

- | | |
|------------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> C.N.I | Date de validité :/...../..... |
| <input type="checkbox"/> PASSEPORT | Date de validité :/...../..... |
| <input type="checkbox"/> TITRE DE SEJOUR | Date de validité :/...../..... |
| <input type="checkbox"/> AUTRES : | |

COUVERTURE SOCIALE

N° Sécurité Sociale :

Organisme de rattachement :

PUMA : C.S.S : Mutuelle : A.M.E : Carte Européenne : A.L.D :

Date de validité :/...../.....

RESSOURCES

- Sans revenu
- Pôle emploi ou retraite :€
- R.S.A Service instructeur : Validité du C.E.R :/...../.....
- A.A.H
- A.D.A
- Autres

Dettes ? Montant : Type de dettes :

Mesures de Protection ? Tutelle Curatelle Demande en cours (déposée le .../ .../ ...)

Coordonnées du Mandataire :

.....
.....

AUTRES INTERVENANTS PROFESIONNELS CONNUS

Nom / Prénom :

Structure :

Coordonnées :

Nom / Prénom :

Structure :

Coordonnées :

Nom / Prénom :

Structure :

Coordonnées :



A.E.R.S

Association d'Entraide
et de Reclassement Social

Pôle Santé Solidarité de l'AERS Demande d'admission en LHSS

PROJET SOCIAL

SIAO : Oui : Non :

Orientation :

Date de la demande : ... / ... /

DEMANDE D'ASILE : Oui : Non :

Date de dépôt :/...../.....

DOSSIER MDPH : Oui : Non : En cours :

Date de dépôt :/...../.....

DEMANDE ETRANGER MALADE : Oui : Non : En cours :

CARTE TAM : Oui : Non : En cours :

ANIMAL DE COMPAGNIE

Oui : Non :

Type :

Nombre.....

La personne est-elle informée de la demande ?

Oui Non

Est-elle d'accord ?

Oui Non

Fait à :

Le :

SIGNATURE
(La personne)

SIGNATURE
(Le Travailleur Social)

Merci de joindre tout élément utile pouvant compléter la demande (copies des pièces justificatives disponibles...) et si possible, une évaluation sociale datée et signée.