



l'ABRI

l'humain au cœur de toutes nos actions

Dossier social

Demande d'admission en Lits Halte Soins Santé

Association l'ABRI, LHSS,
12 rue Jean Bouin, 27000 EVREUX
lhss@abriasso.org

Date de la demande :	<u>Cadre réservé au service des LHSS</u>
Service orienteur :	N°de dossier :
Nom du travailleur social :	Compte rendu médical : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Coordonnées téléphoniques :	Dossier complet : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Adresse mail :	Date de réception :
	Date de réponse :
	Avis de la commission : <input type="checkbox"/> Accord <input type="checkbox"/> Refus
	Si refus Motif :

ETAT CIVIL



L'ABRI

l'humain au cœur de toutes nos actions

Nom :

Prénoms :

Sexe

masculin féminin

Date de naissance :

Lieu de vie actuel : rue squat hébergé(e) chez un tiers hospitalisé(e) autre

Coordonnées (adresse, téléphone) :

Situation familiale : célibataire marié(e) divorcé(e) séparé(e)

en concubinage veuf

SITUATION ADMINISTRATIVE

Carte d'Identité Nationale : oui non en cours

Passeport : oui non en cours

Titre de séjour : oui non si oui, valable jusqu'au :

Si oui, Demande accordée, à quelle date :

En attente 1 ère demande, date du dépôt de dossier :

En cours de renouvellement, date du dépôt de renouvellement :

Une demande d'asile est-elle en cours ? Oui Non

Si oui, quelle est l'évolution de la procédure ?



L'ABRI

l'humain au cœur de toutes nos actions

Dossier MDPH : oui non en cours

Dossier de surendettement : oui non en cours

Mesure de protection : oui non en cours

Si oui, tutelle curatelle sauvegarde de justice

Nom de l'établissement et de la personne mandatée :

Ressources : salaire indemnités chômage retraite RSA AAH

autre, précisez

PROTECTION SOCIALE

Numéro de sécurité sociale :

Couverture sociale :

Droits SS de base mutuelle PUMA CMUC AME ALD

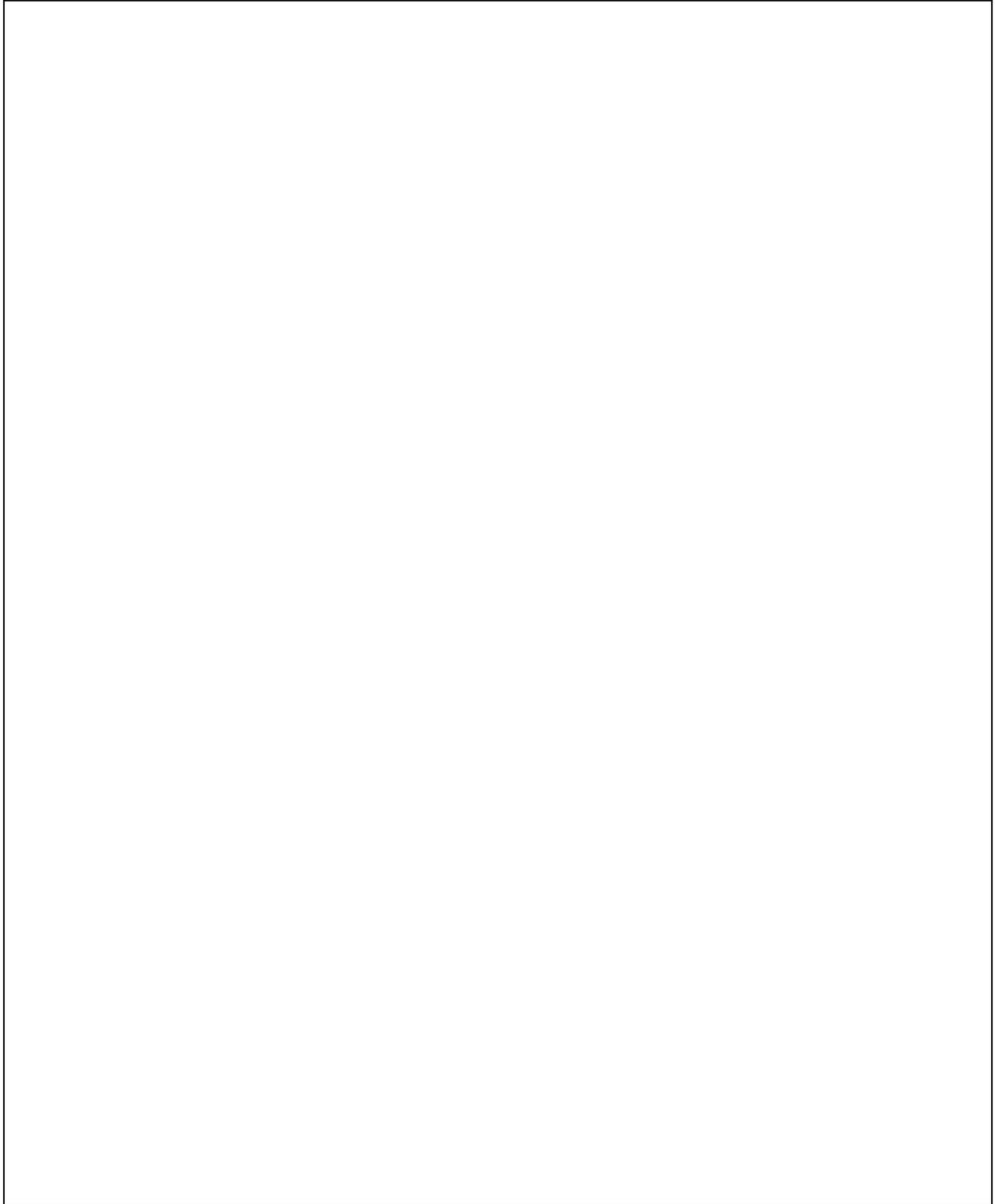
NOTE SOCIALE

(parcours de vie, projet de vie de la personne, ses attentes)



L'ABRI

l'humain au cœur de toutes nos actions





L'ABRI

l'humain au cœur de toutes nos actions

J'autorise la transmission de ces éléments aux services des Lits Halte Soins Santé.

Commentaires éventuels :

Date et Signature :