



# **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

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

**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

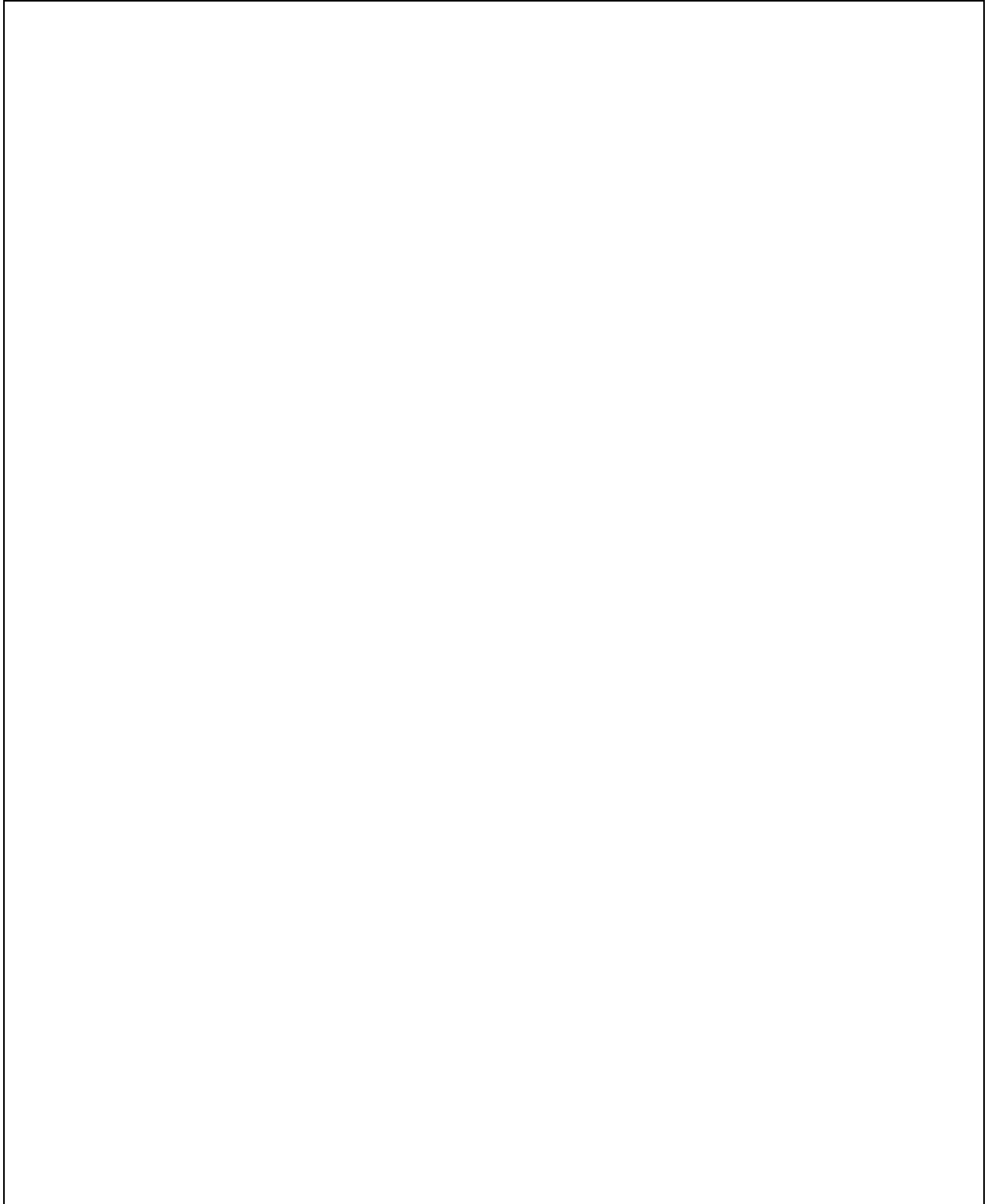
### **NOTE SOCIALE**

(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 :