



# L'ABRI

l'humain au cœur de toutes nos actions

Dossier social  
Demande d'admission  
en Lits d'Accueil Médicalisé

A l'attention de Mme CHEDOTAL Céline, Travailleur social des LAM  
Demande à transmettre par mail : lam@abriasso.org  
*Ce dossier doit être accompagné d'une note sociale.*

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

## **ETAT CIVIL**

**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)



**L'ABRI**

l'humain au cœur de toutes nos actions

☐ 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 ?

**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



# L'ABRI

l'humain au cœur de toutes nos actions

## **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

## ATTESTATION DU DEMANDEUR

Je soussigné(e) : .....

Né(e) le : .....

Demande l'examen de ma candidature en vue d'une éventuelle admission au sein des Lits d'Accueil Médicalisés.

Je suis informé(e) qu'un dossier médico-social sera adressé à l'établissement des LAM.

Le dossier médical sera réceptionné par le médecin coordinateur des LAM, et le dossier social par le travailleur social.

**Fait à :**

**Le :**

**Signature :**