

Demande d'admission Lits Halte Soins Santé

à envoyer par mail à l'équipe à l'adresse suivante :
lhss-st.didier@diaconat26-07.org

FICHE SOCIALE

Demande reçu le :

Décision : Admis / Refus

Motif :

Réponse donnée le :

Entrée prévue le :

Demande établie par :

Nom – Prénom :

Date de la demande :

Qualité :

Tél :

Etablissement :

Service :

Mail ;

Date d'entrée souhaitée :

Etat civil de la personne candidate aux LHSS :

Nom - Prénom :

Sexe : M F

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Nationalité :

Domiciliation :

Hébergement :

Informations sociales :

N° Sécurité Sociale :

Organisme :

Droits de base ouverts jusqu'au :

Prise en charge complémentaire : ALD / CMU Compl / AME / Mutuelle

Date de validité et nom de l'organisme :

Ressources actuelles : Salarié(e) Retraité Chômage indemnisé
 RSA Autres (préciser) :

Mesure de protection : Oui Non en cours

Type de mesure : _____ Coordonnées : _____

Accompagnement social :

Nom Prénom du référent social :

Ses coordonnées :

Motif de la demande :

Démarches sociales en cours et/ou projet envisagé :

La personne a été informée du règlement de fonctionnement des LHSS : OUI / NON

Date signature

