

## Annexe 3

# LITS HALTE SOINS SANTE – LHSS DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION VOLET SOCIAL

La demande d'admission est composée de deux volets : un volet social et un volet médical qui sont à envoyer à l'adresse suivante :

- Le volet social : [coordination.lhss@afus16.fr](mailto:coordination.lhss@afus16.fr)
- Le volet médical : [lhss@ch-angouleme.fr](mailto:lhss@ch-angouleme.fr)
- Ou par courrier : AFUS16 - unité LHSS - BP 61024 16001 ANGOULEME cedex

A réception des deux documents, le médecin référent et le Directeur de l'unité se coordonneront pour rendre un avis de décision. Tout dossier incomplet ne pourra être étudié.



**CONSENTEMENT**

Je soussigné Mr /Mme.....demande mon admission dans le dispositif « Lits Halte Soins Santé » géré par l'AFUS16. J'atteste avoir été informé des conditions de séjour et des obligations qui y sont rattachées (cf le livret d'accueil des Lits Halte Soins Santé).

**Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) entré en vigueur au 25 mai 2018**, j'autorise l'AFUS16 à enregistrer mes données personnelles dans un progiciel déclaré à la CNIL (Si-SIAO) et suis informé que je dispose d'un droit d'accès et de rectification en contactant l'AFUS16 à l'adresse suivante : BP 61024 16001 ANGOULEME CEDEX ou au 05.45.93.62.88.

Je peux à tout moment retirer mon consentement en informant le référent social de l'unité lits haltes soins santé.

Fait à.....,

le .....

Signature du demandeur

Signature du travailleur social

## VOLET SOCIAL

**Ce volet est à remplir par un travailleur social ou par la personne qui fait la demande d'admission**

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

### Situation Administrative

Femme                       Homme

### ETAT CIVIL

**NOM\*** : \_\_\_\_\_ **Date de naissance\***: \_\_\_\_\_

**Prénom\***: \_\_\_\_\_ **Lieu** : \_\_\_\_\_

Domiciliation : \_\_\_\_\_

Nationalité : \_\_\_\_\_ Profession : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

 : \_\_\_\_\_

**Situation de famille\*** : \_\_\_\_\_

**Nombre d'enfants\*** : \_\_\_\_\_ **Dont à charge \***: \_\_\_\_\_

### ANIMAL :

OUI     NON     Si oui lequel : \_\_\_\_\_

Combien : \_\_\_\_\_ Comment se nomme-t-il ? \_\_\_\_\_

### PIECES D'IDENTITE

Carte d'identité     Carte de séjour     Passeport     Livret de famille

Récépissé     Livret militaire     Déclaration de perte     Attestation

Autres : \_\_\_\_\_

### TYPE D'HEBERGEMENT

SDF     Hébergé : famille, ami.....     Foyer d'hébergement : \_\_\_\_\_

Autres : \_\_\_\_\_

**\* à remplir obligatoirement lors de la demande d'admission**



**SITUATION SOCIALE**

- S.S de base       S.S + mutuelle       P.U.M.A       C.M.U.C  
 A.L.D       A.M.E       A.M.E soins urgents       Carte Vitale en cours

Couverture sociale : \_\_\_\_\_ N° d'assuré social : \_\_\_\_\_

Caisse nom et adresse : \_\_\_\_\_

Ouverture des droits : Date de début : \_\_\_\_\_ Date de fin : \_\_\_\_\_

**RESSOURCES**

- Salarié       Retraite  
 Allocation chômage - Date fin de droits : \_\_\_\_\_  Pension d'invalidité  
 RSA      Date renouvellement : \_\_\_\_\_  Indemnités journalières  
 AAH      Date renouvellement : \_\_\_\_\_  Autres : \_\_\_\_\_

Lieu du suivi : \_\_\_\_\_

**MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE :**

- Sauvegarde de justice       Curatelle       Curatelle renforcée       Tutelle

Exercée par :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

☎ : \_\_\_\_\_ Mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**NOM ET ADRESSE DE LA PERSONNE A CONTACTER EN CAS DE BESOIN :**

- Ami(e)       Ascendant       Descendant       Autre \_\_\_\_\_  Sans

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

☎ : \_\_\_\_\_ Mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**LES AIDANTS :**

Noms	Prénom	Lien (Conjoint, fille, voisin...)	Qualité (Tuteur, curateur, etc...)	Adresse, Téléphone

**LES HABITUDES DE VIE :**

	PARTICULARITES
ALIMENTATION	
REGIME	
LOISIRS	
RYTHME DE VIE	
AUTRES	