

Dossier social type de demande d'admission en **Lits Halte Soins Santé**

Extrait du décret 2016-12 du 11 janvier 2016 : « *Les Lits Halte Soins Santé accueillent des personnes majeures sans domicile fixe, quelle que soit leur situation administrative, ne pouvant être prises en charge par d'autres structures, dont la pathologie ou l'état général, somatique ou psychique, ne nécessite pas une prise en charge hospitalière ou médico-sociale spécialisée mais est incompatible avec la vie à la rue. Elles ne sont pas dédiées à une pathologie donnée.* »

A retenir

Cet établissement médico-social offre un hébergement provisoire (2 mois, renouvelables selon l'état de santé de la personne) et un accompagnement aux personnes sans domicile fixe ayant une problématique de santé aigue, quelle que soit leur situation administrative.

Les LHSS ne sont pas :

- un service de convalescence (SSR)
- une maison de retraite
- un foyer d'hébergement
- une maison d'accueil spécialisée
- une unité de soins palliatifs
- Un centre de cure/sevrage

Merci de transmettre ce dossier dûment complété et accompagné de l'attestation de droits sécurité sociale, lorsque les droits sont ouverts.

La demande d'admission est l'expression d'une démarche volontaire du patient/demandeur, la signature du présent document est donc un préalable à l'examen de la demande.

Établissement instruisant la demande		Réservé au service LHSS
Nom du travailleur social/professionnel de la santé		Date réception : Date réponse :
Coordonnées (téléphone et mail) : Tél. : Email :		Compte-rendu médical <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Avis de l'équipe :

Fondation Edith Seltzer

Nombre de demandeur(s) :	Nombre d'accompagnant(s) :
Nombre d'animaux de compagnie : ¹	
Préciser :	

ÉTAT CIVIL du demandeur

	M. / Mme
Nom	
Prénom	
Date de naissance	
Sexe	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> M
Situation familiale	<input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> en concubinage <input type="checkbox"/> marié(e) <input type="checkbox"/> divorcé(e) <input type="checkbox"/> veuf/veuve
Nationalité	
Pièce d'identité (CNI, titre de séjour, APS)	
<i>Si titre de séjour précisez si autorisation de travailler</i>	
Langues parlées	
Adresse de domiciliation	
Numéro de téléphone	

¹ Les animaux de compagnie sont acceptés selon certaines modalités et sous réserve de possibilités d'accueil

Fondation Edith Seltzer

Lieu de vie au moment de la demande : (Rue, Squat, Accueil d'urgence (PMA), Établissement de santé, Chez un tiers)

Préciser :

.....

.....

Renseignements Administratifs

	OUI	NON	En cours	Précisez
Couverture sociale				<input type="checkbox"/> CSS <input type="checkbox"/> AME <input type="checkbox"/> PUMA <input type="checkbox"/> Autre N°Sécurité Sociale
ALD				
Complémentaire santé				
Carte vitale				
Reconnaissance MDPH				

	OUI	NON	En cours	Précisez
Mesure de protection				<input type="checkbox"/> Tutelle <input type="checkbox"/> Curatelle <input type="checkbox"/> Sauvegarde de justice Organisme : Mandataire:
Ressources				Nature : Montant :
Demande d'asile				Type de procédure : <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Accélérée <input type="checkbox"/> Dublin Stade de la procédure : <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Débouté <input type="checkbox"/> OQTF

Fondation Edith Seltzer

Organismes	Référents	Coordonnées téléphoniques

Situation à l'hébergement / logement

	OUI	NON	Précisez
Hébergement prévu à la sortie			Projet :
Demande SIAO CHRS Insertion Date CTU : / /			Préconisation :
Demande de logement adapté Date CTU : / /			<input type="checkbox"/> ALT <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> Pension de famille <input type="checkbox"/> Résidence sociale <input type="checkbox"/> Résidence Accueil <input type="checkbox"/> Autre.....
En attente HUDA/CADA			
Demande de logement social			Date : N° d'enregistrement : / /
Autre établissement médico-social sollicité			

Si un retour à la rue paraît inévitable à la sortie des LHSS, le demandeur en est-il informé ?

Fondation Edith Seltzer

OUI NON

Date : / /

Signature du demandeur

Signature de l'intervenant social orienteur