|  |
| --- |
|  |
|  |
| **DOSSIER UNIQUE** |
| **ACT** – Appartement de Coordination Thérapeutique  **LHSS** – Lit Halte Soin Santé  **LAM** – Lit d’Accueil Médicalisé  **ACT Hors les murs**  **LHSS mobile / EMSP** |

Une image contenant Graphique, graphisme, capture d’écran, Police

Description générée automatiquement

* **Ce dossier ne concerne pas le dispositif ACT**

**« Un chez soi d’abord »**

SOMMAIRE

[**NOTICE** 3](#_Toc162254724)

[**DOSSIER SOCIAL DE DEMANDE D'ADMISSION** 7](#_Toc162254725)

[**RAPPORT SOCIAL ET PROJET A LONG TERME PRÉCONISÉ** 13](#_Toc162254726)

[**FICHE NAVETTE DISPOSITIFS HORS LES MURS** 15](#_Toc162254727)

[**LES ADHÉRENTS DE LA FSH EN 2024** 18](#_Toc162254728)

**NOTICE**

Chers partenaires,

Vous êtes sur le point de nous faire parvenir un dossier de demande d’admission en :

* Appartement de coordination thérapeutique (**ACT)** avec hébergement
* **ACT hors les murs**
* Lit d’Accueil Médicalisé (**LAM**)
* Lit Halte Soins Santé (**LHSS**) avec hébergement
* **LHSS mobile** / **EMSP** (Equipe Mobile Santé Précarité)

Ce dossier doit être dûment renseigné tant dans la **partie sociale** que **médicale** et complété par tous les documents sociaux et médicaux à votre disposition. Les ordonnances en cours, les bilans et examens, les comptes rendus d’hospitalisations et de consultations sont un plus, voir indispensables selon les dispositifs. Sans ces pièces complémentaires fournies en même temps que la demande d’admission, le dossier ne pourra être traité par l’équipe (hors dispositifs hors les murs, cf. fiche navette dédiée en fin de dossier).

Voici le **parcours de la demande** après réception dans les établissements ou guichets unique :

Ce dossier unique de demande d’admission vise à simplifier le processus d’admission. Ainsi, il vous sera demandé une information unique quel que soit le nombre d’établissements que vous sollicitez.

Le dossier est à remplir une seule fois puis à photocopier pour envoi par courrier aux établissements sollicités et pour les territoires disposant d’un guichet unique, en adressant un seul exemplaire au guichet unique (Région Ile-de-France, département du Rhône et Haute-Garonne).

Nous attirons votre attention sur le fait que le dépôt du dossier de demande d’admission ne vaut pas admission. L’établissement ou service sollicité s’engage à vous apporter une réponse écrite dans les plus brefs délais suite à son dépôt considéré complet. Le dossier doit être renseigné de manière la plus complète possible. En cas de besoin, vous pouvez contacter le guichet unique ou le (ou les) établissement(s) que vous sollicitez.

**Le dossier de demande d’admission en ACT, LAM, LHSS comporte :**

* **Un volet médical** (annexe à part en raison de la confidentialité)**,**
* **Un volet social et**
* **Une demande de la personne elle-même** (la personne peut être aidée sur cette partie)

**Les prises en charge des ACT, LAM, LHSS s’appuient sur des équipes pluridisciplinaires comprenant à la fois du personnel médical et du personnel social pour proposer une prise en charge médico-psycho-sociale globale et coordonnée.**

**ZOOM SUR LES DISPOSITIFS**

**Les Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT)** **avec hébergement** accompagnent les personnes, majeures ou mineures (alors accompagnées d’au moins un des titulaires de l’autorité parentale) atteintes d’une maladie chronique sévère et présentant des vulnérabilités psychologiques et sociales, quelles que soient leur situation administrative.

Les établissements qui assurent la gestion des appartements de coordination thérapeutique fonctionnent sans interruption et assurent des missions d'hébergement à titre temporaire des personnes mentionnées au premier alinéa, ainsi que des missions de suivi et de coordination des soins, de soutien à l'observance des traitements et d’accompagnement psychologique, ainsi qu’une aide à l'insertion. Les usagers des ACT ne nécessitent pas une hospitalisation.

Ils peuvent également assurer des missions complémentaires d'accompagnement médico-social sans hébergement pour les personnes mentionnées au premier alinéa ».

Rattachés à un ACT avec hébergement et disposant des mêmes compétences, **les ACT « Hors les murs »** répondent au besoin de déployer des interventions pluridisciplinaires au sein de toute forme d’habitat et visent les usagers les plus éloignés de l’offre de soins et des dispositifs de prévention. Chaque ACT « Hors les murs » doit ainsi pouvoir accompagner des personnes atteintes d’une maladie chronique :

* Qui disposent d’un logement ;
* Accueillies dans des dispositifs sociaux qui correspondent à leur niveau d’autonomie mais dont la prise en charge doit être adaptée à leur situation de santé, ce pour quoi les professionnels du secteur de l’accueil, de l’hébergement et de l’insertion (AHI) ne sont pas formés. L’accompagnement se caractérise alors par son centrage sur la santé, principalement autour de la coordination des soins, en complémentarité avec celui réalisé dans les autres domaines par les professionnels de l’établissement d’hébergement ;
* Vivant à la rue ou dans des habitats de fortune qui ne peuvent ou ne veulent intégrer un ACT avec hébergement, en tout cas dans un premier temps, alors que leur état de santé réclame un accompagnement psycho-médicosocial immédiat. Rattachés à un ACT avec hébergement et disposant des mêmes compétences, ils répondent ainsi au besoin de déployer des interventions pluridisciplinaires au sein de toute forme d’habitat et visent les usagers les plus éloignés de l’offre de soins et des dispositifs de prévention.

**Il importe de noter que si l’accompagnement en ACT est temporaire, il n’est pas limité dans le temps**. Il doit ainsi pouvoir se poursuivre autant que de besoin, jusqu’à ce que l’usager soit autonome ou orienté vers un dispositif d’aval (structure de l’AHI, des secteurs personnes âgées [PA] ou personnes handicapées [PH], lit d’accueil médicalisé [LAM], etc.). La situation de départ d’un usager peut ainsi pleinement justifier une prise en charge non seulement inscrite dans le temps mais également sur un temps relativement long.

**Les Lits Halte Soins Santé mobiles (LHSS)** **avec hébergement** accueillent des personnes 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. La durée de séjour est temporaire : séjour de 2 mois renouvelables (voire plus selon les besoins et le contexte de la personne).

**Les LHSS mobiles** constituent une activité complémentaire de LHSS avec hébergement déjà autorisés (article D. 312-154 du CASF). **Les Equipes Mobiles Santé Précarité (EMSP) sont des structures médico-sociale répondant au même cahier des charges que les LHSS mobiles.**

**Les LHSS pédiatriques** accueillent des personnes mineures accompagnées de leur mère sans domicile fixe, quelle que soit leur situation administrative, ne pouvant être pris 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.

**Le LHSS de jour** est une porte d’entrée vers une prise en charge médico-sociale et coordonne le parcours de la personne dès son entrée au sein du dispositif grâce au développement d’une coopération avec l’ensemble des acteurs du territoire. Il permet ainsi d’articuler les secteurs du social, du médicosocial et du sanitaire dans une logique de prise en charge globale des besoins de la personne.

En complément des prestations médicales et paramédicales, le LHSS de jour propose des prestations à caractère social, assurées par des travailleurs sociaux, en fonction des besoins de la personne, permettant notamment d’effectuer des démarches d’accès aux droits ou de les orienter vers les dispositifs d’insertion de droit commun et l’accès au logement ou à un hébergement.

Le LHSS peut mettre en place une activité d’ouverture de droit (mise en place d’une permanence CPAM, solutions personnalisées de Pôle emploi en faveur des personnes en situation de fragilité…) ou de domiciliation. Il peut aussi fournir des prestations en matière d’hygiène : douches, laverie, coiffure, pédicure, manucure, etc. Diverses activités, animations ou ateliers peuvent également être instaurés pour faciliter la création du lien : cours de langue, ateliers de prévention en matière de santé, cafés, etc. Selon les modalités d’intervention retenues, les équipes peuvent être amenées à subvenir ponctuellement à des besoins primaires des personnes (alimentation, hygiène). Cette mission doit être assurée en articulation - voire uniquement en cas d'absence - avec les équipes de veille sociale intervenant sur le territoire.

**Les Lits d’Accueil Médicalisés (LAM)** accueillent des personnes majeures sans domicile fixe, quelle que soit leur situation administrative, atteintes de pathologies lourdes et chroniques de pronostic plus ou moins sombre, pouvant engendrer une perte d'autonomie et ne pouvant être prises en charge dans d'autres structures. La durée du séjour n’est pas limitée. Elle est adaptée à la situation sanitaire et sociale de la personne et permet la construction de son projet de vie.

CRITERES D’ADMISSION/INCLUSION

* Pathologies chroniques somatiques (ou suspicion de)
* Besoin de coordination médico-psycho-sociale

CRITERESDE **NON** ELIGIBILITE

* Addictions isolées
* Pathologies psychiatriques non stabilisées

**A NOTER** :

Les troubles psychiatriques ou troubles cognitifs sévères (avec refus de la personne de les travailler) seront un motif de non admission/inclusion pour une intervention **ACT Hors les murs à domicile**.

Ce critère de refus ne vaut pas pour les interventions ACT Hors les murs à la rue, ou en AHI.

**DOSSIER SOCIAL DE DEMANDE D'ADMISSION**

**À adresser par voie postale à** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**ou par messagerie sécurisée à** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

|  |
| --- |
| **Appartement de coordination thérapeutique (ACT) avec hébergement**  **Individuel  Semi collectif  Collectif** |
| **Lit Halte Soins Santé (LHSS) avec hébergement** |
| **Lit d’Accueil Médicalisé (LAM)** |
| **ACT Hors les murs avec différents modes d’interventions possibles :**  Un accompagnement « ACT Dom » ou « ACT à domicile » dans le logement d’une personne, comme par exemple dans le cadre de suivi d’une personne sortante d’un ACT avec hébergement ;   * Un accompagnement d’une personne hébergée dans un établissement d’hébergement social (n’ayant pas d’équipes spécialisée pour un accompagnement médical) ou dédié aux demandeurs d’asile ; * Un accompagnement auprès d’une personne ayant un lieu non prévu pour l’habitation (rue, véhicule, hall d’immeuble, abri de fortune, …) ou un hébergement précaire (chez des proches ou une chambre d’hôtel payée par une association ou un autre organisme d’aide, …) |
| **LHSS mobile / EMSP (Equipe Mobile Santé Précarité)** |

**Structure ou personne à l’initiative de la demande** (Raison sociale et adresse) :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Nom et qualité du professionnel :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Tél :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Mail :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Cadre réservé aux ACT, LAM, LHSS**   |  |  | | --- | --- | | Date réception dossier complet :  ……./……/…… | Date de commission d’admission :  ……./……/…… |   Décision : admission reFUS  Motif : …………………………………………………………………………………………………………………………………….….……………..  Ajournement  Demande info complémentaires :  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  .  Réponse avec avis motivé transmise à :  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  Le : ……./……/…… |
|
|
|

**Merci de renseigner tous les items contenus dans le dossier.**

**Tout dossier incomplet ne pourra être traité et sera renvoyé à l’expéditeur.**

**IDENTITÉ DE LA PERSONNE CONCERNÉE PAR LA DEMANDE**

NOM - Prénoms : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Date de naissance : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Féminin Masculin Transgenre Intersexe

Tél : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Mail : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Adresse actuelle et/ou organisme de domiciliation :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Lieu de vie actuel : Rue  Squat  Hébergé(e) chez un tiers  Hospitalisé(e)  Autre (préciser) :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Si logement autonome, préciser statut : Locataire Propriétaire Autre (préciser) :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Carte vitale : Oui Perdue/à refaire En cours de fabrication

Document d’identité : CNI Passeport

Nationalité : Française CCE   Autre (préciser) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Date d’entrée en France : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Francophone : Oui

Non francophone, langue utilisée : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. :  Lu, Écrit

Nature du titre de séjour : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Validité du titre de séjour jusqu’à : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Situation familiale : Célibataire  Marié/e  Divorcé/e  Séparé/e  Veuf/ve  Pacsé/e

**IDENTITÉ DES ACCOMPAGNANTS**

Enfant(s) et/ou accompagnant(s) : *toute personne non malade (conjoint, enfant, proche, …) et donc non pris en charge mais vivant avec le demandeur, dans le même logement, lieu de vie au jour de la demande*

Nombre de personne(s) accompagnante(s) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Nombre de malades : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

***A compléter pour chaque accompagnant***

NOM - Prénoms : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Date de naissance : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Lien avec le demandeur :  Enfant Conjoint Autre (préciser) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

A charge du demandeur : Oui Non

Mesure de protection ou suivi extérieur : Oui (préciser) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Document d’identité : CNI Passeport

Nationalité : Française CCE  Autre (préciser) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Date d’entrée en France : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Francophone : Oui

Non francophone, langue utilisée : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. :  Lu, Écrit

Nature du titre de séjour : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Validité du titre de séjour jusqu’à : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

***A compléter pour chaque accompagnant***

NOM - Prénoms : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Date de naissance : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Lien avec le demandeur :  Enfant Conjoint Autre (préciser) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

A charge du demandeur : Oui Non

Mesure de protection ou suivi extérieur : Oui (préciser) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Document d’identité : CNI Passeport

Nationalité : Française CCE  Autre (préciser) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Date d’entrée en France : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Francophone : Oui

Non francophone, langue utilisée : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. :  Lu, Écrit

Nature du titre de séjour : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Validité du titre de séjour jusqu’à : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

***A compléter pour chaque accompagnant***

NOM - Prénoms : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Date de naissance : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Lien avec le demandeur :  Enfant Conjoint Autre (préciser) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

A charge du demandeur : Oui Non

Mesure de protection ou suivi extérieur : Oui (préciser) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Document d’identité : CNI Passeport

Nationalité : Française CCE  Autre (préciser) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Date d’entrée en France : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Francophone : Oui

Non francophone, langue utilisée : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. :  Lu, Écrit

Nature du titre de séjour : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Validité du titre de séjour jusqu’à : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

***A compléter pour chaque accompagnant***

NOM - Prénoms : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Date de naissance : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Lien avec le demandeur :  Enfant Conjoint Autre (préciser) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

A charge du demandeur : Oui Non

Mesure de protection ou suivi extérieur : Oui (préciser) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Document d’identité : CNI Passeport

Nationalité : Française CCE  Autre (préciser) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Date d’entrée en France : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Francophone : Oui

Non francophone, langue utilisée : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. :  Lu, Écrit

Nature du titre de séjour : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Validité du titre de séjour jusqu’à : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

**Présence d’un animal ?** Non  Oui

Chien Chat Autre (précisez) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

L’animal est-il vacciné ? Non  Oui  (joindre attestation de vaccination)

**DÉMARCHES EN COURS :**  Non  Oui, précisez :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**DÉMARCHES NON ABOUTIES :**  Non  Oui, précisez :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**PRÉCONISATION SIAO ?**  Non  Oui, précisez la date et les coordonnées du référent SIAO (tél, mail) :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**AUTRE(S) INTERVENANT(S) PROFESSIONNEL(S) CONNU(S)?**  Non

Oui, précisez Nom-Prénom, Profession, Organisme, coordonnées (tél, mail) :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**COUVERTURE SANTÉ :** Sans

N° Sécurité Sociale : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Organisme de rattachement : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Droits de base  PUMA  CMU

ALD

Mutuelle valable du Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. au Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

CSS valable du Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. au Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

AME valable du Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. au Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Autres : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**MDPH :**  Non

Oui, N° de dossier ou coordonnées du référent (nom, mail, tél)

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

PCH :  Oui  Non  En cours

AEEH :  Oui  Non  En cours

Demande en cours (envoyée le Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. )

Refus, indiquer département, date et motif : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**APA:**  Non

Oui, N° de dossier ou coordonnées du référent (nom, mail, tél)

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Demande en cours (envoyée le Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. )

Refus, indiquer département, date et motif : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**RESSOURCES :**  Sans

Salaire  RSA  Retraite  Pensions  AAH  AEEH  ATA  Autres

Montant mensuel : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

N° Allocataire : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Dossier de surendettement :  Non  Oui  En cours

Numéro de dossier : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Décision : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Dettes, prêts, crédits :  Non  Oui, précisez : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**SUIVI JUDICIAIRE** **:**  Non

Oui, depuis le Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Type de mesure : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Coordonnées du référent :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**AUTRE(S) DEMANDE(S) d’établissements d’accueil sollicité(s) :**  Non

Oui, précisez le nom de l’établissement(s) :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Précisez si démarche inaboutie et motif de refus :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**RAPPORT SOCIAL ET PROJET A LONG TERME PRÉCONISÉ**

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Date et identité du professionnel instruisant la demande :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**PARTIE RÉSERVÉE AU DEMANDEUR (la personne sollicitant son admission)**

Je soussigné(e) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Demande l’examen de ce dossier d’admission pour intégrer le dispositif :

ACT  LAM  LHSS  ACT Hors les murs  LHSS mobile/EMSP  LHSS de jour

Date :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Lettre de motivation (à titre d’exemple) :

*Ma situation actuelle*

*Ce dont j’ai besoin*

*Ce dont j’ai envie*

*Ce que je souhaite au terme de la prise en charge*

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Personne à prévenir (identité et coordonnée) :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Personne de confiance (identité et coordonnée) :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

En application du Règlement Général sur la Protection des Données et de la Loi Informatique et Libertés, nous vous informons que nous collectons et traitons des données à caractère personnel vous concernant.

Ces données seront conservées à des fins statistiques pendant 2 ans et seront ensuite détruites.

**FICHE NAVETTE DISPOSITIFS HORS LES MURS**

**À adresser par voie postale à** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**ou par messagerie sécurisée à** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

|  |
| --- |
| **ACT Hors les murs avec différents modes d’interventions possibles :**   * Un accompagnement « ACT Dom » ou « ACT à domicile » dans le logement d’une personne, comme par exemple dans le cadre de suivi d’une personne sortante d’un ACT avec hébergement ; * Un accompagnement d’une personne hébergée dans un établissement d’hébergement social (n’ayant pas d’équipes spécialisée pour un accompagnement médical) ou dédié aux demandeurs d’asile ; * Un accompagnement auprès d’une personne ayant un lieu non prévu pour l’habitation (rue, véhicule, hall d’immeuble, abri de fortune, …) ou un hébergement précaire (chez des proches ou une chambre d’hôtel payée par une association ou un autre organisme d’aide, …) |
| **LHSS mobile / EMSP (Equipe Mobile Santé Précarité)** |
| **LHSS de jour** |

**Structure ou personne à l’initiative de la demande** (Raison sociale et adresse) :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Nom et qualité du professionnel :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Tél :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Mail :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Je certifie avoir informé la personne concernée de la transmission de ces informations à votre structure

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Cadre réservé à l’établissement**   |  |  | | --- | --- | | Date réception dossier complet :  ……./……/…… | Date de commission d’admission :  ……./……/…… |   Décision : admission reFUS  Motif : …………………………………………………………………………………………………………………………………….….……………..  Ajournement  Demande info complémentaires :  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  .  Réponse avec avis motivé transmise à :  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  Le : ……./……/…… |
|
|
|

**INFORMATION PATIENT**

NOM – Prénoms/pseudonyme : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Date de naissance : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Féminin Masculin Transgenre Intersexe

Tél : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Mail : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Adresse actuelle et/ou organisme de domiciliation :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Lieu de vie actuel : Rue  Squat  Hébergé(e) chez un tiers  Hospitalisé(e)  Autre (préciser) :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Si logement autonome, préciser statut : Locataire Propriétaire Autre (préciser) :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Document d’identité : CNI Passeport

Nationalité : Française CCE   Autre (préciser) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Nature du titre de séjour : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Validité du titre de séjour jusqu’à : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Langue parlée : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Situation familiale : Célibataire  Marié/e  Divorcé/e  Séparé/e  Veuf/ve  Pacsé/e

Entourage présent :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**AUTRE(S) INTERVENANT(S) PROFESSIONNEL(S) CONNU(S) ?**  Non

Oui, précisez Nom-Prénom, Profession, Organisme, coordonnées (tél, mail) :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**COUVERTURE SANTÉ :** Sans

Droits de base  PUMA  CMU  ALD  Mutuelle  CSS  AME  Autres : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Carte vitale : Oui Perdue/à refaire En cours de fabrication

**RESSOURCES :**  Sans

Salaire  RSA  Retraite  Pensions  AAH  AEEH  ATA  Autres

Montant mensuel : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**ELEMENTS MEDICAUX**

Médecin traitant : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Etablissement : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Tél : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Mail : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**PATHOLOGIE(S) SOMATIQUE(S) :**

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**TROUBLES PSYCHIQUES/PSYCHIATRIQUES :**

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**TRAITEMENT EN COURS :**

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

|  |  |
| --- | --- |
| Grossesse en cours :  Oui  Non | Conduites addictives :  Oui  Non |
| Déficit moteur :  Oui  Non | Déficit sensoriel :  Oui  Non |
| Déficit cognitif :  Oui  Non | Autre : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

**BESOINS MEDICAUX (observance, coordination des soins …) :**

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

La personne a-t-elle une bonne connaissance de sa pathologie ?  Oui  Non (préciser) :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**LES ADHÉRENTS DE LA FSH EN 2024**

La Fédération Santé Habitat - FSH, rassemble sur l’ensemble du territoire national les organisations gestionnaires de dispositifs, de services, d’établissements avec ou sans hébergement, offrant un accompagnement thérapeutique coordonné : médical, psychologique et social, destinés à des personnes atteintes de pathologies chroniques et/ou nécessitant des soins aigus, en situation de vulnérabilité sociale. Les Appartements de coordination thérapeutique (ACT), de Lits d’accueils médicalisés (LAM) et Lits halte soins santé (LHSS), et dispositifs « aller vers » sont trois catégories d’établissements d’hébergement médico-sociaux accueillant et accompagnant des personnes à besoin spécifique.

ACISE SAMUSOCIAL (Martinique)

ACSC (Ile-de-France, Centre-Val de Loire)

ACT 64 (Nouvelle-Aquitaine)

ACT PAGE (Occitanie)

ADALI (Grand Est)

ADAPEI-NOUELLES Côtes d’Armor (Bretagne)

ADAPEI 35 (Bretagne)

ADDICTIONS France (Centre-Val de Loire, Grand Est, Hauts-de-France, Occitanie)

ADDSEA (Bourgogne-Franche-Comté)

ADIS (Hauts-de-France)

ADNSMP (Hauts-de-France)

ADSEAAV (Provence-Alpes-Côte d’Azur)

ADSEAM (Normandie)

AERS (Occitanie)

AIDES (Auvergne-Rhône-Alpes, Guyane, St Martin)

AKATIJ (Guyane)

ALYNEA (Auvergne-Rhône-Alpes)

AMITIÉS D’ARMOR (Bretagne)

ANEF 03-63 (Auvergne-Rhône-Alpes)

APLÉAT-ACEP (Centre-Val de Loire)

APPUIS (Grand Est)

ARS - ACCUEIL ET REINSERTION SOCIALE (Grand Est)

ARSEA GALA (Grand Est)

ARVHG (Guadeloupe)

ASD ASSOCIATION DE SOUTIEN DE LA DORDOGNE

(Nouvelle-Aquitaine)

ASETIS (La Réunion)

ASSOCIATION FEMMES - Cherbourg (Normandie)

AURORE (Grand Est, Ile-de-France, Nouvelle-Aquitaine, Pays de la Loire)

BASILIADE (Auvergne-Rhône-Alpes, Ile-de-France)

BIZIA (Nouvelle-Aquitaine)

CASP ARAPEJ 92 (Ile-de-France)

CMSEA (Grand Est)

COALLIA (Provence-Alpes-Côte d’Azur)

CODASE (Auvergne-Rhône-Alpes)

CORDIA (Centre-Val de Loire, Ile-de-France, Nouvelle-Aquitaine)

CROIX-ROUGE FRANÇAISE (Martinique, Normandie)

DIACONAT PROTESTANT (Auvergne-Rhône-Alpes)

DIACONESSES DE REUILLY (Hauts-de-France, Ile-de-France, Nouvelle-Aquitaine)

DIAGONALE (Ile-de-France)

DOUAR NEVEZ (Bretagne)

ELIAD (Bourgogne-Franche-Comté)

EMMAÜS ALTERNATIVES (Ile-de-France)

EMPREINTES (Ile-de-France, Bourgogne-Franche-Comté)

EQUALIS (Ile-de-France)

ESPÉRANCE 63 (Auvergne-Rhône-Alpes)

EST ACCOMPAGNEMENT (Grand Est)

FEDERATION SOS HEPATITES ET MALADIES DU FOIE (National)

FONDATION COGNACQ-JAY (Ile-de-France)

FONDATION COS ALEXANDRE GLASBERG (Ile-de-France)

FONDATION DE NICE – ACTES (Provence-Alpes-Côte d’Azur)

FONDATION ÉDITH SELTZER (Provence-Alpes-Côte d’Azur)

FONDATION MAISON DES CHAMPS (Ile-de-France)

FONDATION MASSÉ TRÉVIDY (Bretagne)

GROUPE SOS Solidarités (Auvergne-Rhône-Alpes, Guyane, Ile-de-France, Nouvelle-Aquitaine, Occitanie, Provence-Alpes-Côte d’Azur)

HABITAT INSERTION (Hauts-de-France)

HAS - HABITAT ALTERNATIF SOCIAL (Provence-Alpes-Côte-D’azur)

HESTIA ORSAC (Auvergne-Rhône-Alpes)

INITIATIVES (Ile-de-France)

LA BOUSSOLE (Normandie)

LA CASE (Nouvelle-Aquitaine)

LA CLÈDE (Occitanie)

LA PASSERELLE (Normandie)

LA SAUVEGARDE DES YVELINES SEAY (Ile-de-France)

LA SAUVEGARDE DE LOT-ET-GARONNE (Nouvelle-Aquitaine)

LA SAUVEGARDE DU NORD (Hauts-de-France)

L’ABRI (Normandie)

LE LIEN (Nouvelle-Aquitaine)

LE MAIL (Hauts-de-France)

LE SAGITTAIRE (Hauts-de-France)

MAAVAR (Ile-de France, Provence-Alpes-Côte d’Azur)

MONTJOIE (Pays de la Loire)

OPPELIA (Auvergne-Rhône-Alpes, Ile-de-France, Normandie)

OSIRIS VAL DE SEINE 78 (Ile-de-France)

OVA - OLBIA VAR APPARTEMENT (Provence-Alpes-Côte d’Azur)

OVE CARAÏBES (Martinique)

PAGODE (Bourgogne-Franche-Comté)

PEP 71 (Bourgogne-Franche-Comté)

PROMO SOINS - UDV (Provence-Alpes-Côte d’Azur)

REGAR (Occitanie)

RESPECTS 73 (Auvergne-Rhône-Alpes)

RIMBAUD (Auvergne-Rhône-Alpes)

RIVE (La Réunion)

RLG - RÉSEAU LOUIS GUILLOUX (Bretagne)

SATO PICARDIE (Hauts-de-France)

SOLIDARITÉ ACCUEIL (Centre-Val de Loire)

SOS HÉPATITES (Grand Est)

STOP SIDA THERAPARTS (Hauts-de-France)

TANDEM (Auvergne-Rhône-Alpes)

UCRM (Occitanie)

UDAF 16 (Nouvelle-Aquitaine)

VISTA (Pays de la Loire)

VYV3 (Bourgogne-Franche-Comté