

DOSSIER SOCIAL DE DEMANDE D'ADMISSION

Accompagnement médico-social avec hébergement : Lits Halte Soins Santé généralistes (31), Lits Halte Soins Santé périnatalité (31), Lits Halte Soins Santé femmes (31), Appartements de Coordination Thérapeutique (09, 34, 31, 81, 82), Lits d'Accueil Médicalisés (31).

Accompagnement médico-social sans hébergement : Appartements de Coordination Thérapeutique Hors Les Murs (09, 34, 31, 81, 82), Lits Halte Soins Santé de jour (31), Equipe Mobile Santé Précarité (31), Programme de Convergence Médico-Sociale (31).

Guichet unique PCMS (149 ACT, 55 ACT HLM, 25 LHSS généralistes, 11 LHSS périnatalité, 20 LAM, EMSP, PCMS) :

candidature.pcms@ucrm.fr / numéro unique (n° gratuit) : **08 05 29 29 49**

Cités Caritas (4 LHSS Femmes) : lhssvelane.admission@citescaritas.fr

Halte Santé, CHU Toulouse (16 LHSS généralistes, LHSS de jour) : haltesante.admission@chu-toulouse.fr

- ☐ Lit Halte Soins Santé (LHSS) avec hébergement ☐ Lit Halte Soins Santé (LHSS) Périnatalité avec hébergement
- ☐ Lit d'Accueil Médicalisé (LAM) avec hébergement
- ☐ Appartement de coordination thérapeutique (ACT) avec hébergement
- ☐ Individuel ☐ Semi-collectif ☐ Collectif
- ☐ ACT Hors les murs ☐ EMSP (Equipe Mobile Santé Précarité)

En cas de doute, n'hésitez pas à cocher plusieurs sélections. L'équipe du guichet unique PCMS peut vous soutenir pour évaluer, qualifier et déterminer les établissements adaptés pour répondre aux besoins de la personne à partir du dossier de candidature que vous aurez transmis.

PRESCRIPTEUR	PERSONNE CONCERNEE PAR LA DEMANDE*
Structure :	NOM : Prénom :
Identité et qualité du professionnel :	Date de naissance :
	Sexe : ☐ Féminin ☐ Masculin ☐ Non binaire ☐ Transgenre :
	Grossesse : ☐ Oui ☐ Non Terme prévu le :
Téléphone :	MNA : ☐ Oui ☐ Non ☐ En recours
Mail :	Téléphone :
	Mail :
Autres référents professionnels connus :	Lieu de vie actuel : ☐ Rue ☐ Squat ☐ Hébergé(e) chez un tiers
	☐ Hospitalisé(e) ☐ Autre (préciser) :
	Adresse :

Candidature orientée par le DAC (Dispositif d'appui à la Coordination) : ☐ Oui ☐ Non	<i>* Si la personne concernée par la demande est mineure, indiquer les informations du représentant légal</i> Si demande LHSS Périnatalité Lien du représentant légal avec enfant : <u>Informations sur l'enfant</u> NOM : Prénom : Sexe : Date naissance : Accompagnant : ☐ Oui ☐ Non Si oui remplir annexe Animal : ☐ Oui ☐ Non Si oui précisez :
AUTRE(S) CONTACT(S) / PERSONNE RESSOURCE	
☐ Soutenant/aidant ☐ Autre : NOM et prénom : Téléphone : Mail :	
MESURE DE PROTECTION	
Nature de la mesure : NOM et prénom du mandataire judiciaire : Téléphone : Mail :	
OBJECTIFS DU SEJOUR :	
PROJET DE SORTIE ENVISAGE (POUR LES LHSS) : ☐ Non ☐ Oui Projet travaillé avec un partenaire extérieur : ☐ Non ☐ Oui Précisez :	
NATIONALITE	☐ Française ☐ CCE ☐ Autre (préciser) :
DOCUMENT D'IDENTITE	☐ CNI ☐ Passeport : ☐ Titre séjour : nature Validité du titre :
DATE D'ENTREE EN FRANCE	Date :
LANGUE PARLEE	Francophone : ☐ Oui ☐ Non francophone, langue utilisée
SITUATION FAMILIALE	☐ Célibataire ☐ En couple ☐ Célibataire + enfant(s) ☐ Couple + enfant(s)

DAHO	☐ Non ☐ Oui
DALO	☐ Non ☐ Oui
Demande logement social	☐ Non ☐ Oui ☐ Précisez :
☐ Etablissements handicap ou grand âge	Précisez :
☐ Autre :(EHPAD, FAM, SSR...)	Précisez

COUVERTURE SANTÉ	☐ Sans, si démarche en cours, précisez :		☐ Droits de base
	Organisme de rattachement :		
	N° Sécurité Sociale :		
	☐ Mutuelle valable du	☐ CSS valable jusqu'au	
	☐ ALD	☐ AME valable jusqu'au	
	☐ Autres :		
MDPH	☐ Non ☐ En cours ☐ Oui, N° de dossier et département du dossier		
PCH	☐ Oui ☐ Non ☐ En cours		

RESSOURCES	☐ Salaire ☐ RSA ☐ Retraite ☐ Pensions ☐ AAH ☐ AEEH ☐ ATA ☐ Autres ☐ Sans.
DETTES	☐ Oui ☐ Non ☐ Dossier en cours Coordonnées du référent :

Pour une demande ACT et/ou LAM : Joindre une note sociale et une lettre de motivation

Pour une demande LHSS : la note sociale est facultative mais bienvenue pour l'évaluation