

DOSSIER SOCIAL

Merci de transmettre ce dossier dûment complété et accompagné de l'attestation de droits sécurité sociale à la coordinatrice de parcours, référente du territoire pré-ciblé.

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

La commission favorise les souhaits d'orientation pré-ciblés dans la mesure des places disponibles et de la pertinence de l'orientation. Elle ne peut donc pas garantir un positionnement sur un site préconisé.

ROUEN (Secteur Urbain)

A transmettre par mail : a-coquelin@emergence-s.fr

Pour toute information joindre **Mme Alizée COQUELIN**, coordinatrice de parcours au **06 89.07 51 93**

Sites préconisés

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> CHRS des Cèdres hommes
Hommes seul, chambre individuelle | <input type="checkbox"/> CHRS des Cèdres femmes
Femmes seule ou avec enfant, chambre individuelle |
| <input type="checkbox"/> CHRS de URAS
Hommes seul, chambre individuelle | <input type="checkbox"/> CHRS du FAB
Hommes seul, chambre double |
| <input type="checkbox"/> Indifférent | <input type="checkbox"/> Studio 43B
Homme seul, Femme, couple avec ou sans enfant |

GREMONVILLE (Secteur Rural)

A transmettre par mail : a-bracon@emergence-s.fr

Pour toute information joindre **Mme Anna BRACON**, coordinatrice de parcours au **06 87 07 62 91**

Site préconisé

- Domaine des tilleuls à Grémonville** Homme seul, Femme seule, couple sans enfant

Date de la demande :

Organisme orienteur :

Nom du professionnel orienteur :

Coordonnées téléphoniques :

Adresse mail :

Service de 1er accueil connu :

ETAT CIVIL du demandeur

NOM : **Sexe** : Masculin Féminin

Prénom :

Date de naissance :

Nationalité : FR UE HORS UE

Langue(s) parlée(s):

Adresse de domiciliation :

Numéro de téléphone :

Lieu de vie actuel : Rue Squat Accueil d'urgence (PMA) Etablissement de santé Chez un tiers Autre

Si autre, Précisez

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° Sécu :
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 :
CNI				
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
Demande de titre de séjour pour raisons de santé				Date de la demande :

Composition de la famille : (A remplir uniquement si le demandeur est accompagné de sa famille et si la séparation de la famille n'est pas souhaitable)

NOM	Prénom	Date de naissance	Lien de parenté

Présentation succincte du PARCOURS de vie et des projets de la personne

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Référénts sociaux de la personne

Organismes	Référénts	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 ?

OUI

NON

Signature du demandeur :

Signature de l'intervenant social orienteur :

Décision du directeur de l'établissement LHSS après avis du médecin coordinateur et du responsable de la structure susceptible accueillir la personne

Accord

Ajournement

Refus

Si accord, lieu d'accueil préconisé :

Si ajournement, Motif :

Si refus, Motif :

Date :

Nom et Signature