

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