



DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION
Lits Halte Soins Santé (L.H.S.S.)

Dossier à compléter et à envoyer au :

Lits Halte Soins Santé
ANEF Cantal
91, avenue de la République
15000 AURILLAC
☎ Portable : 06.07.34.71.69
✉ Email : lhss@anef15.fr

Cadre réservé au service :

Date de réception :

VOLET SOCIAL

Coordonnées du service prescripteur de la demande

Adresse :

☎ Téléphone :

✉ Email :

Nom et fonction du prescripteur :

Date de début du suivi du demandeur :

Etat civil

Nom, prénom :

Adresse :

☎ Téléphone :

✉ Email :

Date et lieu de naissance :

Nationalité :

Situation familiale :

Nombre d'enfants :

Dont, à charge : - -
- -

Situation sur le territoire :

CNI : Oui Non **Titre de séjour** : Oui Non

Autre : précisez.....

Avis d'imposition N-1 N-2

Situation sociale de la personne

Numéro de sécurité sociale : n° clé :

Régime :

Sécurité sociale de base Sécurité sociale + mutuelle CSS PUMA

A.C.S. A.M.E En cours Aucun

Autre.....

Ouverture de droit : Date de début : Date de fin :

Adresse CPAM :

Type d'hébergement et de logement de la personne

Amical Familial Institutionnel/associatif

S.D.F. Habitat précaire Bailleur privé

Bailleur public Autres :

Dernière adresse :

Parcours de vie en logement et/ou hébergement

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

RESSOURCES MENSUELLES

NATURE DES RESSOURCES	DEMANDEUR	CO-DEMANDEUR ou CONJOINT ou COLOCATAIRE	AUTRES PERSONNES VIVANT AU FOYER
Ressources d'activité (net imposable) / apprentissage			
Contrat d'engagement jeune (CEJ)			
Allocation Temporaire d'Attente (ATA)			
Allocation de Solidarité Spécifique (ASS)			
Allocation chômage			
Allocation Adulte Handicapé (AAH)			
MVA (Majoration pour Vie Autonome)			
RSA			
Retraite			
Prime d'activité (PPA)			
Prestations familiales	-Allocations Familiales		
	-Complément Familial		
	-Allocation Jeune Enfant (PAJE)		
	-Allocation Soutien Familial		
	-Allocation Parentale d'Education		
	-Allocation Education Enfant Handicapé		
	-Allocation Logement (ALS / ALF)		
	-Allocation Personnalisée au Logement (APL)		
Formation			
Indemnités journalières (maladie, accident du travail)			
Pension d'invalidité			
Rente accident du travail			
Pension alimentaire			
Divers			
TOTAL DES RESSOURCES			

CHARGES ET DETTES

CHARGES		DETTES	
NATURE	Montant mensuel (charges annuelles rapportées au mois)	Montant total	Modalités de règlement
Charges liées au logement	- Loyer		
	- Charges locatives		
	- Accession à la propriété		
	- Énergie		
	- Eau		
	- Chauffage		
	- Ordures ménagères		
	- Assurance habitation		
- Taxe foncière			
Charges liées aux enfants	- Frais de scolarité		
	- Frais de garde		
	- Pension alimentaire		
Autres charges	- Mutuelle complémentaire		
	- Assurance voiture		
	- Autres assurances		
	- Impôt sur le revenu		
	- Téléphone / Internet		
- Divers (saisie, arrêt...)			
Autres	- Amendes		
	- Crédits à la consommation		
	- Découverts bancaires		
	- Surendettement		
	- Prêts sociaux		
- Autres dettes			
TOTAL CHARGES ET DETTES			
DOSSIER DE SURENDETTEMENT		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

Suivi social extérieur

Noms des travailleurs sociaux :

Adresses / numéro de téléphone / organismes :

Mesures de protection en cours ou effectives :

- Aucune Sauvegarde de justice Curatelle : simple renforcée
 Tutelle MASP Autre :

Divers

Animaux de compagnie : Oui Non Race :

Vaccins obligatoires à jour : Oui Non

Consommation tabac : Oui Non

Autres consommations (alcool, drogues) : Oui Non Lesquels :

Observations :

.....

Présentation de la problématique

Démarches en cours :

.....
.....
.....
.....

Pièces à fournir

Documents pouvant-être demandés lors de l'entretien d'admission :

- ✓ Pièce d'identité,
- ✓ Photocopie de l'attestation CPAM et/ou carte vitale,
- ✓ Photocopie de la carte de mutuelle,
- ✓ Avis d'imposition,
- ✓ Attestation CAF (n° allocataire, RSA...),
- ✓ Attestation ressources (bulletins de paie, AAH, RSA,..).



Visa du travailleur social

VOLET MÉDICAL

Le dossier médical est à envoyer au médecin par courrier **sous pli confidentiel** :

ANEF Cantal
LHSS / ACT
À l'attention du médecin
91 avenue de la République
15000 AURILLAC

Sans certificat médical, les demandes d'admission ne seront pas traitées.

Coordonnées du demandeur

Nom, prénom :

Date de naissance :

Poids :

Taille :

Entrée

À la demande	Coordonnées
<input type="checkbox"/> De l'intéressé	
<input type="checkbox"/> Du médecin traitant	
<input type="checkbox"/> De la famille	
<input type="checkbox"/> Du délégué mandataire	
<input type="checkbox"/> D'un établissement	
<input type="checkbox"/> Autre	

Pathologie(s) motivant la demande

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Situation de soins

Antécédents :

Médicaux	
Chirurgicaux	
Psychiatriques	
Vaccins	
Conduites addictives	
Allergies	

Traitements en cours : Joindre obligatoirement les prescriptions en cours / ou de sortie

Observance des traitements : Oui Aide à la prise du traitement

ALD : Oui : préciser : Non

Médecin traitant :

Suivi médical / Paramédical :

Psychologique :

Gynécologique :

Dentaire :

Ophtalmologique :

Kinésithérapie :

Addictologie :

Autre :

Bilan d'autonomie

Bilan d'autonomie		
État cognitif	<input type="checkbox"/> Aucun trouble cognitif <input type="checkbox"/> Troubles de la mémoire <input type="checkbox"/> Troubles de la compréhension <input type="checkbox"/> Analphabétisme <input type="checkbox"/> Troubles de l'élocution <input type="checkbox"/> Désorientation spatio-temporelle <input type="checkbox"/> Autre :	<u>COMMENTAIRES :</u>
Moteur	<input type="checkbox"/> Se déplace sans aide <input type="checkbox"/> Marche avec canne <input type="checkbox"/> Se déplace avec fauteuil roulant <input type="checkbox"/> Hémiplégie/hémi-parésie <input type="checkbox"/> Autre :	
Sensoriel	<input type="checkbox"/> Déficit visuel <input type="checkbox"/> Déficit auditif <input type="checkbox"/> Autre :	
Hygiène (cochez si autonome)	<input type="checkbox"/> Hygiène corporelle <input type="checkbox"/> Habillage	

Vie quotidienne (cochez si autonome)	<input type="checkbox"/> Courses <input type="checkbox"/> Préparation des repas <input type="checkbox"/> Prise des repas <input type="checkbox"/> Ménage/lessive <input type="checkbox"/> Déplacement en transport en commun	Régime alimentaire particulier :
---	--	----------------------------------

Soins et surveillance IDE en cours :

.....

.....

.....

.....

Nécessité de prise en charge spécifique

- Soins à domicile : IDEL HAD
- Portage de repas
- Kinésithérapie
- Orthophonie
- Lit ou matériel médicalisé :
- Autre :

Commentaires :

.....

.....

.....

Visa du professionnel de santé

ACCORD DU PATIENT

Je soussigné(e) :

Né(e) le : à

Demande l'examen de ma candidature en vue de mon accueil en LHSS

PARTIE FACULTATIVE

Motif(s) de ma demande :

Je suis informé(e) qu'un dossier social et un dossier médical sont adressés à cette structure.

DISPOSITIONS RELATIVES À LA PROTECTION DE VOS DONNÉES PERSONNELLES :

Les règles concernant vos données personnelles sont définies par le Règlement Général de la Protection des données (RGPD) du 27 avril 2016. Conformément à ce règlement, les informations nominatives strictement nécessaires ne sont transmises qu'aux administrations et organismes habilités à connaître lesdites informations. Si vous souhaitez obtenir des informations concernant vos données personnelles, les consulter, les rectifier, veuillez adresser une demande ainsi qu'une copie de votre pièce d'identité à la Déléguée à la Protection des Données, Mme FORCE, à l'adresse mail suivante : protection.informations.personnelles@anef15.fr

Fait à : Le : / /

Signature du patient