Demande d’Admission Lit D’Accueil Médicalisé (LAM)

D’HESTIA

*Demande à faxer au secrétariat médical : 04 72 38 83 49*

*Ou envoyer par mail : admission.lam@hestia-orsac.fr*

*Les Lits d’Accueil médicalisés permettent aux personnes majeures atteintes de pathologiques chroniques (…) de recevoir, en l’absence de domicile et dans l’impossibilité de prise en charge adaptée dans les structures de droit commun, des soins médicaux et paramédicaux ainsi qu’un accompagnement social adapté ». Art.3 Arrêté du 20 mars 2009 portant agrément d’une expérimentation d’actions médico-sociales en faveur des personnes en situation de précarité.*

1. **FICHE SOCIALE**

|  |  |
| --- | --- |
| Etablissement instruisant la demande : …………………………….  ………………………………………………………………………  Nom et qualité du travailleur social : ………………………………..  ………………………………………………………………………  Adresse : ……………………………………………………………  …………………………………………………………………........  Tel : …………………………….  Fax :…………………………….  @ ………………………………. | Réservé au service LAM  N°  Date de Réception : Date de Réponse  Compte-rendu médical : Oui/non  Avis de l’équipe |

**ETAT CIVIL DU DEMANDEUR**

|  |
| --- |
| ***NOM :*** *………………………………………………………………* ***Prénom :***……………………………………………………….  Date de naissance :………. /………. /………. Sexe M ‪F  Domiciliation administrative ……………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………….. Tel : ………………………………………………....................  Marié(e) Célibataire Séparé(e) o divorcé(e) Vie maritale Autre  Ascendants : ………………………………….. Descendants : ………………………………………………………………..  Personne de confiance/proche : …………………………………………….. Portable : ……………………………………….  Nationalité**:** Française‪ CEE‪ Autre ‪  Si autre préciser laquelle :……………………………………………………………………………………………………..  Date d’entrée en France :……………………………………………………………………………………………………….  Coordonnées de l’interlocuteur / référent : …………………………………………………………………………………….  Nature du titre de séjour  et durée de validité …………………………………………………………………………………  Nature et date des démarches en cours :………………………………………………………...................................................  Nature et date des démarches à venir : …………………………………………………………………………………………. |

|  |
| --- |
| **SI LE DEMANDEUR BENEFICIE D’UNE MESURE DE PROTECTION :**  Nature de la mesure:……………………………………………………………………………………………………………  Date de validité : ……………………………………………………………………………………………………………….  Nom et adresse et tel du mandataire : .......................................................................................................................................  …………………………………………………………………………………………………………………………………... |

**POUR LES DEMANDEURS D’ASILE**

|  |
| --- |
| Pays d’entrée où la demande d’Asile a été faite  : …………………………………………………………………................  Date à laquelle la demande a été faite  : ……………… APS : OUI/NON Fin de validité………………………………. |

**HEBERGEMENT ACTUEL :**

|  |  |
| --- | --- |
| **Type de structure** |  |
| **Coordonnées** |  |

**SITUATION ADMINISTRATIVE ET SOCIALE :**

Organisme de domiciliation :…………………………………………………………………………………………………..

Ressources :

Salaire : …………………………………………………….. RSA  : …………………………………………..…………… Retraite :……………………………………………………. .AAH ou Pension d’invalidité : ………………………………

Autre (préciser) :…………………………………………………………………………………………………………………

Dossier de surendettement : OUI NON :

N°SS : ………………………………………………… Organisme : ……………………………………………..

ALD : OUI NON Mutuelle : OUI NON PUMA OUI NON

CMUC : OUI NON CMU D’URGENCE OUI … NON AME : OUI NON

Dossier MDPH : OUI : NON En cours : Acquis :

N° de dossier MDPH :

Autres : ……………………………………………………………….......................................................................

Y a-t-il eu des demandes d’accueil en structure (EPHAD- Fam- service de soins de suite, SAMSAH, SAVS autres ?) ……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

Faire mention des démarches inabouties : …………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

Motifs de refus : …………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

**JOINDRE UN RAPPORT SOCIAL, DATE, REDIGE PAR UN TRAVAILLEUR SOCIAL**

*Reprenant le parcours de vie de la personne, les démarches engagées avec celle-ci, sa capacité à vivre en collectivité, son désir ou ses appréhensions à être accueillie en LAM.*

**DOCUMENTS IMPERATIFS A JOINDRE AU DOSSIER SOCIAL :**

* Copie de toutes les pièces justificatives (identité, revenus, attestation de sécurité sociale, ALD, mutuelle, domiciliation, jugement de tutelle ou de curatelle …)

**Signature et cachet du travailleur social instruisant la demande**