



**Foyer de la Manutention
Appartements de Coordination
Thérapeutique**

7, rue de la Manutention - 21000 DIJON
polemedicosocial@sdatt.asso.fr

Edition du
03/2021
Doc n°113EN
Page 1/4

Demande d'admission

LHSS

ACT

ACT hors les murs

DOSSIER SOCIAL

Merci de compléter votre demande par un rapport social circonstancié

NOM : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____ Lieu _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Tél : _____ Portable : _____

Personne à contacter en cas d'urgence (Nom, Prénom, adresse, téléphone) : _____

Nom et fonction du travailleur social référent: _____

Adresse : _____

Tél : _____ Fax : _____

Horaires de permanence : _____

Date : ____ / ____ / ____

Tampon du demandeur

Cadre réservé au service LHSS et ACT de la SDAT

Date de réception : ____ / ____ / ____ Avis : _____

Entretien pré-admission :

Décision : _____ Date : / / ____

COUVERTURE SOCIALE

Absence de couverture sociale

ORGANISME D'ASSURANCE MALADIE

(Délivrant la prise en charge principale)

Nom de l'organisme : _____

Adresse : _____

Type (régime général, AME, MSA...) _____

Nom de l'assuré : _____

N° d'immatriculation : _____

Droits ouverts jusqu'au : _____ 100% (ALD)

COMPLEMENTAIRE SANTE

Type : Mutuelle Complémenté Santé Solidaire

Adresse et N° de téléphone : _____

N° d'adhérent : _____

Droits ouverts jusqu'au : _____

FICHE SOCIALE

Situation familiale

Célibataire (e) Vie maritale Divorcé (e)

Nombre d'enfants dont à charge maintien des liens oui non

La personne bénéficie-t-elle d'un soutien familial ? Oui non

Si oui, préciser : _____

Situation professionnelle

Niveau d'étude : _____

Qualification professionnelle : _____

Activité professionnelle

Emploi actuel et type de contrat : _____

Nom et adresse de l'employeur : _____

Téléphone : _____ Fax : _____

Sans activité professionnelle actuellement

Arrêt maladie

Indemnités journalières _____ Montant : _____

Demandeur d'emploi

Indemnisation pôle emploi - nature de l'allocation _____ Montant : _____

RSA _____ Montant : _____

AAH _____ Montant : _____

Invalidité catégorie _____ Montant : _____

Autres ressources _____ Montant : _____

Logement antérieur

Propriétaire Locataire Foyer Chez un tiers Sans domicile fixe

Sans domicile fixe depuis le : ____ / ____ / ____

Quelle est la solution logement envisagée à la sortie? _____

Situation civile

Pleins droits Tutelle Curatelle

Nom et coordonnées du tuteur ou curateur légal : _____

Tél : _____ Fax : _____

Fait à _____ le ____ / ____ / ____

Signature du patient demandeur ou de son représentant légal
(précédée de la mention « lu et approuvé »)

Conformément à la loi 78-17 du 6 janvier 1978, la personne concernée pourra obtenir communication et rectification de toute information de ce questionnaire qui figurerait dans un fichier. Ce droit pourra être exercé auprès de l'établissement destinataire du questionnaire. Il est signalé que les réponses aux questions sont facultatives mais que leur absence peut entraver la prise en charge du dossier.