



**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.*