

Précisez pour quel établissement : Cf. tableau page 2

- ☐ **LHSS - Lits Halte Soins Santé**
- ☐ **ACT - Appartements de Coordination Thérapeutique**
- ☐ **ACT HLM - Accompagnement de Coordination Thérapeutique Hors Les Murs**

Ce dossier doit être dûment renseigné tant dans sa partie sociale que dans sa partie médicale. Il est à nous faire parvenir soit :

Par voie postale : Association La Clède - Pôle santé (Préciser LHSS ou ACT)
8-10 rue Marcel Cachin - 30100 ALES

Par fax au : 04.66.43.56.11

Par mail à : actmedical@laclede.fr pour une demande ACT
idelhss@laclede.fr pour une demande LHSS

Documents à joindre à la demande :

- ☐ **Photocopie d'une pièce d'identité (dès lors que le demandeur en dispose)**
- ☐ **Attestation de droits couverture sociale (dès lors que le demandeur en dispose)**
- ☐ **Lettre de motivation du demandeur (uniquement pour les demandes ACT et ACT HLM)**
- ☐ **Evaluation sociale (Résumé de la situation sociale, démarches en cours, projet à court et/ou moyen terme, autres demandes d'admission...)**
- ☐ **Dossier médical joint sous pli confidentiel, à l'attention du médecin de l'établissement.**

Suite à cette demande, l'admission est prononcée par le directeur après avis favorable du médecin responsable de l'établissement concerné. La décision est prise en fonction des critères médicaux, sociaux et des places disponibles.

Les équipes se tiennent à votre entière disposition pour toutes vos questions et s'engage à répondre dans les plus brefs délais à vos sollicitations.

Les renseignements feront l'objet d'un traitement par fichier informatique. La loi N°78.17 du 06 janvier 1978 dite « Informatique et libertés » vous garantit un droit d'accès et de rectification des informations vous concernant. Toute demande devra être formulée par écrit au directeur de l'association.

	LHSS	ACT	ACT HLM
Public accueilli	Toute personne <ul style="list-style-type: none"> ne disposant pas d'un domicile, dont la pathologie nécessite une mise à l'abri pour recevoir des soins autres qu'hospitaliers, souffrant d'une pathologie d'ordre somatique ou psychique, souffrant d'un état d'épuisement, de fatigue, ayant débuté ou non une démarche préventive, de diagnostic ou de soins avec des rendez-vous échelonnés. 	Femmes, hommes, couples avec ou sans enfant, ayant une maladie chronique.	
		Personnes en situation de fragilité psychologique et sociale et nécessitant des soins et un suivi médical, de manière à assurer le suivi et la coordination des soins, à garantir l'observance des traitements et à permettre un accompagnement psychologique et une aide à l'insertion	Personnes bénéficiant d'un domicile et présentant une ou plusieurs vulnérabilités : fragilité psychique, précarité économique, environnement administratif et juridique inexistant, éloignement du système de santé, isolement géographique, familial ou social, pratiques à risques et/ou addictives.
	La personne doit avoir une certaine autonomie dans les actes de la vie quotidienne et ne pas nécessiter une surveillance 24h/24. Les animaux de compagnie sont acceptés sous conditions.		
Capacité d'accueil	15 places Chambres individuelles avec chacune un bloc sanitaire. Collectif : repas et services	6 places Deux types d'hébergement : <ul style="list-style-type: none"> Appartement collectif de 3 places dans une maison en centre-ville, Trois studios individuels indépendants. 	6 places Au domicile de la personne
Secteur	Alès	Alès	Alès et son agglomération sur un rayon de 20km
Missions générales	Proposer et dispenser aux personnes accueillies des soins médicaux et paramédicaux adaptés, qui leur seraient dispensés à leur domicile si elles en disposaient ; Participer à l'éducation à la santé et à l'éducation thérapeutique des personnes accueillies ; Mettre en place un accompagnement social personnalisé visant à faire reconnaître et valoir les droits des personnes accueillies et à élaborer avec la personne un projet de sortie individuel.	Au carrefour du sanitaire et du social, les A.C.T. sont dans une fonction de coordination avec l'ensemble des professionnels de santé, les structures sanitaires, sociales et médico-sociales afin de permettre aux personnes de s'inscrire dans une démarche globale de prise en compte de leur santé, de leur situation sociale et de leur bien-être.	Plus spécifiquement, les ACT HLM proposent un accompagnement médico-social individualisé de la personne dans son bassin de vie pour lui permettre de devenir autonome dans la gestion de sa santé et de sa situation sociale, en utilisant les dispositifs de droit commun.

Nom : _____ Prénom : _____

Date et lieux de Naissance : _____ Sexe : _____

Date de la demande : _____

Signature du demandeur :



VOLET SOCIAL

ETAT CIVIL

Domiciliation :

.....

Code postal :

Ville :

Téléphone :

Nationalité :

Situation de famille :

Nombre d'enfants :

Dont à charge :

PIECE D'IDENTITE

☐ Carte d'identité

☐ Passeport

☐ Récépissé

☐ Carte de séjour

☐ Sans

☐ Autre :

CONDITIONS DE VIE

☐ Hébergement

☐ Amical

☐ Familial

☐ Structure d'hébergement

☐ SDF

☐ Autre :

.....

COUVERTURE SOCIALE

N° d'assuré social :

Caisse de :

Droits :

- ☐ Base ☐ Mutuelle ☐ C.M.U.C ☐ A.M.E
☐ A.L.D ☐ Aucun droit ☐ En cours

Date de fin des droits :

RESSOURCES – DEPENSES

Ressources		Charges et dettes	
Nature	Montant	Nature	Montant
Salaire			
Allocation chômage			
RSA			
AAH			
Indemnités journalières			
Pension invalidité			
Sans			
Autre			
Total		Total	

MESURE DE PROTECTION

- ☐ Non
☐ Demande en cours, effectuée le :.....
☐ Mesure effective : ☐ Sauvegarde justice ☐ Curatelle simple
 ☐ Curatelle renforcée ☐ Tutelle ☐ M.A.S.P.

Date de fin de la mesure :

Nom de l'organisme / Mandataire :

Coordonnées :

.....
.....

ANIMAL DE COMPAGNIE :

- ☐ Non ☐ Oui, lequel :

Les chiens de catégorie 1 et 2 ne sont pas admis au sein de l'établissement.

Partie à compléter dans le cadre d'une demande ACT Domicile

CONCERNANT LE DOMICILE :

Adresse

.....

.....

.....

La personne est :

☐ Locataire

☐ Hébergée

☐ Autre. Précisez :

.....

.....

Combien de personnes habitent le logement ?

Ce sont des :

☐ Parents

☐ Amis

☐ Autre

Y a-t-il des animaux : ☐ Non

☐ Oui, précisez

.....

.....

.....

Dans ce logement la personne
dispose-t-elle de :

Oui Non

Une chambre

--	--

Une cuisine

--	--

Une salle de bain

--	--

De toilettes

--	--

Un système de chauffage

--	--

De l'eau courante

--	--

Des mesures sont-elles en cours

Oui Non

Mesure d'expulsion

--	--

Arrêté d'insalubrité

--	--

Arrêté de péril

--	--

Précisez ce qui vous paraît important concernant le domicile :

.....

.....

.....

.....

.....

ACCOMPAGNEMENT

	Nom et qualité	Service - établissement	Téléphone
Travailleur social 1			
Travailleur social 2			
Mandataire			
Autre			

PERSONNE RESSOURCE

Nom, Prénom :

Lien :

Téléphone :

Instruction de la demande / volet social

Faite à : Date :/...../..... Par :

Nom et qualité du travailleur social :

Service/établissement :

Coordonnées :

.....

.....

Signature et cachet

Nom : _____ Prénom : _____

Date et lieux de Naissance : _____ Sexe : _____

VOLET MEDICAL

Projet de soins / Pathologie motivant la demande

Rappel : état compatible avec des soins ne nécessitant pas une présence 24/24

.....

.....

.....

.....

.....

Professionnel de santé adresseur

NOM – Prénom :

Téléphone : Mail :

Si hôpital :

Nom du service : Tél. :

Date d'entrée à l'hôpital : / /

Motif d'admission :

.....

.....

Environnement médical

Médecin traitant : Nom - Prénom : Tel :

Médecins spécialistes :

Spécialité/Nom - Prénom :

:

:

:

:

Infirmiers : Nom/Prénom : Tel :

Nom/Prénom : Tel :

Autres intervenants :

.....

.....

Antécédents

Médicaux :

.....

.....

.....

Chirurgicaux :

.....

.....

.....

Psychiatriques :

.....

.....

.....

Problématiques addictives :

.....

.....

Patient en ALD : oui /non si oui motif(s) :

.....

Vaccins faits durant le séjour : non / oui lesquels :

Examen clinique

Poids : _____

Taille : _____

Examen cardiovasculaire

Normal :

☐ Oui

☐ Non – si non, préciser :

.....

.....

.....

Examen abdomino-pelvien

Normal :

☐ Oui

☐ Non – si non, préciser :

.....

.....

.....

Examen neurologique

Normal :

☐ Oui

☐ Non – si non, préciser :

.....

.....

.....

Autonomie	Oui	Non
Déficit moteur – Si oui, précisez		
Aide à la toilette		
Aide à la prise du traitement		
Aide aux repas		
Incontinence		

Mobilité	Oui	Non
Marche seul		
Si non Marche à l'aide d'une cane		
Marche à l'aide d'un déambulateur		
Se déplace seul en fauteuil roulant		
Fait seul les transferts		
Monte les escaliers		
Traitement orthopédique		
Appareillage – Lequel ?		

Commentaires :

.....

.....

.....

.....

[illegible]

Autres éléments du traitement et nature des soins infirmiers :

.....

.....

.....

.....

Traitements autres :

- | | | |
|------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| - Kinésithérapie : | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | Nb de séances prévues: |
| - Pansements : | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | Rythme et durée prévue (jours): |
| - Régime alimentaire : | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | Lequel : |
| - Autre(s) : | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | Durée prévue:..... |

Consultations ou examens prévus (Précisez lieu et date) :

.....

.....

.....

.....

Si des documents médicaux sont à votre disposition concernant la situation médicale de la personne (ordonnances en cours, bilans de sortie d'hospitalisation, bilans de situation hospitaliers...), merci de nous les faire parvenir à l'aide d'une enveloppe « Confidentielle ».

Lors de l'admission, merci de fournir ordonnances et traitements pour 24 heures.

Date de la demande: / /

Signature et cachet