

LITS D'ACCUEIL MEDICALISES

DEMANDE D'ADMISSION

FOR.02.A

Date application : 09/09/19



Les Lits d'Accueil Médicalisés offrent une prise en charge médico-sociale de personnes en situation de précarité. Ils sont destinés à l'accueil « *de personnes majeures sans domicile, quelle que soit leur situation administrative, atteintes de pathologie lourdes et chroniques, irréversibles, séquellaires ou handicapantes, de pronostic plus ou moins sombre, pouvant engendrer une perte d'autonomie et ne pouvant être prises en charge dans d'autres structures.* » (Décret n° 2016-12 du 11 janvier 2016).

La durée de prise en charge n'est pas limitée dans le temps. Un accompagnement social est mis en œuvre pour chaque personne, dans un double objectif d'accès aux droits et, selon le projet de vie de chacun, de recherche d'une solution d'hébergement ou de logement adaptée.

Votre demande sera examinée par la commission d'admission partenariale composée du médecin et de la directrice de la structure ainsi que des acteurs, partenaires étroits de la structure : Centre Hospitalier Universitaire, Centre Hospitalier Alpes Isère, Centre de soins infirmiers Abbé Grégoire, Plateforme de santé de la MRSI, Relais Ozanam, Oiseau Bleu et Arepi l'Etape.

Toute demande doit comporter les fiches suivantes:

- Renseignements médicaux
- Renseignements relatifs à la situation administrative et sociale
- Consentement de la personne.

Seuls les dossiers complets accompagnés d'un rapport médical et social pourront être étudiés.

LITS D'ACCUEIL MEDICALISES

DEMANDE D'ADMISSION

FOR.02.A
Date application : 09/09/19



1. FICHE SOCIALE

SITUATION ADMINISTRATIVE ET SOCIALE : (à remplir par un travailleur social)

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone :

Couverture maladie

Régime :

PUMA

AME

AME hospitalière

Sans couverture

Complémentaire :

Mutuelle

CMU Complémentaire

Sans Complémentaire

Autre régime :

ALD

Couverture maladie étrangère

Démarches en cours :

Mesure de protection judiciaire : Oui Non en cours

Type de mesure :

Nationalité Française Etrangère

(préciser) :

Situation administrative

Carte d'identité française Oui Non

Droit au séjour Oui Non

Dossier déposé en Préfecture Oui Non

Autorisation de travail Oui Non

LITS D'ACCUEIL MEDICALISES

DEMANDE D'ADMISSION

FOR.02.A

Date application : 09/09/19



Dernier lieu de vie connu :

Type de logement/hébergement actuel avec durée en mois :

Rue Squat Hébergement par un tiers Depuis :

Hébergement d'urgence CHRS

Y-a-t-il une demande de logement en cours ? Oui Non

(préciser) :

Y a-t-il eu des demandes d'accueil au sein d'autres structures (structures du champ de l'hébergement, structures du champ des personnes âgées, structures du champ du handicap, service de soins de suite, LHSS, autres) :

Faire mention des démarches inabouties :

Motifs de refus :

Service instruisant la demande :

Nom et qualité du travailleur social :

Adresse :

Tel :

Fax :

Email :

LITS D'ACCUEIL MEDICALISES

DEMANDE D'ADMISSION

FOR.02.A

Date application : 09/09/19



Rapport Social indiquant si possible les éléments de parcours, de capacité à vivre en collectivité et des précisions sur l'entourage de la personne pour laquelle la demande est instruite :

LITS D'ACCUEIL MEDICALISES

DEMANDE D'ADMISSION

FOR.02.A
Date application : 09/09/19



2. FICHE MEDICALE

Demande à faxer au secrétariat au : 04 76 23 28 42 ou par mail à l'adresse : lam@ccas-grenoble.fr

Pour rappel, le dossier de demande d'admission doit obligatoirement être complété par un médecin (décret 2016-12 du 11 janvier 2016).

Nom du médecin demandeur :

Qualité :

Etablissement :

Tel :

Adresse mail :

Identité de la personne

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe : Féminin Masculin

Renseignements médicaux

Pathologie principale :

Pathologies associées :

LITS D'ACCUEIL MEDICALISES

DEMANDE D'ADMISSION

FOR.02.A
Date application : 09/09/19



Degré d'autonomie (cocher la case correspondante à la situation) :

| | Autonome | Aide partielle | Aide complète | Autre |
|---------------------|----------|----------------|---------------|-------|
| Déplacements | | | | |
| Transferts | | | | |
| Toilette | | | | |
| Habillage | | | | |
| Elimination | | | | |
| Alimentation | | | | |
| Prise de traitement | | | | |
| Appareillage | | | | |

Traitement(s) actuel(s):

LITS D'ACCUEIL MEDICALISES

DEMANDE D'ADMISSION

FOR.02.A

Date application : 09/09/19



Rapport Médical indiquant les besoins de prise en charge en soins de la personne pour laquelle la demande est réalisée :

(apporter des éléments précis sur la nature et la durée des soins paramédicaux quotidiens à réaliser)

Joindre si possible les comptes rendus médicaux

LITS D'ACCUEIL MEDICALISES

DEMANDE D'ADMISSION

FOR.02.A

Date application : 09/09/19



3. FICHE DU DEMANDEUR

Je soussigné (e)

Né (e) le :

demande l'examen de ma candidature en vue d'une éventuelle admission au sein des Lits d'Accueil Médicalisés.

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

Je suis informé(e) qu'en cas de ressources existantes, une participation financière à hauteur de 25% de mes ressources me sera demandée.

Fait à :

Le :

Signature :