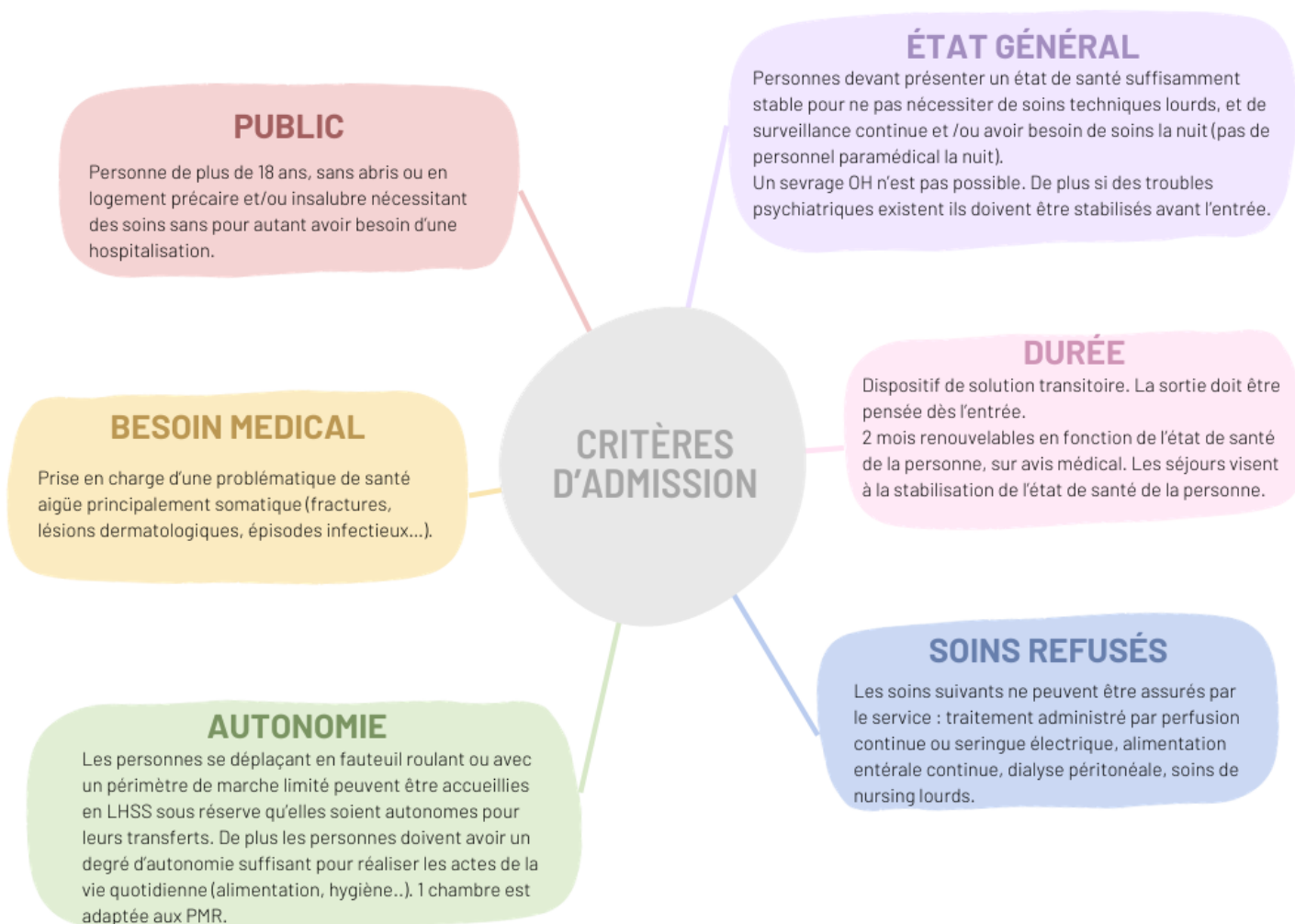


# Dossier social d'admission

A remplir par un travailleur social



Lits Halte Soins Santé de Morlaix – Fondation Massé-Trévidy  
lhss-morlaix@fmt.bzh – 02 98 88 56 38



## I. Informations administratives :

---

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Genre :  Féminin  Masculin

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Nationalité : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Domiciliation administrative : \_\_\_\_\_

Tel : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

Situation professionnelle : \_\_\_\_\_

Situation familiale : Conjoint  Non  Oui

Enfants  Non  Oui, combien ? \_\_\_\_\_

## II. Organisme orienteur :

---

Nom de l'établissement : \_\_\_\_\_

Service : \_\_\_\_\_

Référent social : \_\_\_\_\_

Tel : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

## III. Couverture sociale :

---

Numéro de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Caisse : \_\_\_\_\_

Droits ouverts jusqu'au : \_\_\_\_\_

CSS : \_\_\_\_\_  AME : \_\_\_\_\_

Mutuelle : \_\_\_\_\_

#### IV. Type d'hébergement avant hospitalisation ou consultation :

---

- Logement personnel  Chez un tiers  
 Squat  Structure médico-soc : \_\_\_\_\_  
 Autre : \_\_\_\_\_

#### V. Pièces administratives :

---

- Carte Nationale d'Identité :  Oui  Non  Valide  Périmée le : \_\_\_\_\_  
Passeport :  Oui  Non  Valide  Périmé le : \_\_\_\_\_  
Titre de séjour :  Oui  Non  Valide  Périmé le : \_\_\_\_\_

#### VI. Mesure de protection :

---

- Tutelle  Curatelle

Nom du Mandataire judiciaire : \_\_\_\_\_

Coordonnées : \_\_\_\_\_

---

#### VII. Ressources (si oui, précisez le montant) :

---

- ARE/ASS :  RSA :  
 Retraite :  AAH :  
 ADA :  Autre :  
 Sans ressources :

#### VIII. Charges :

---

Nature (loyers, assurances, pension, ...)	Montant	Dettes(s) éventuelle(s)	Montant
TOTAL		TOTAL	

#### IX. Suivi social : démarches en cours, noms et coordonnées des référents

---

- \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

X. Note sociale :

---

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

XI. Projet à l'issue du séjour au LHSS :

---

- Retour à domicile  Institution (précisez) :  
 Incertain

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

XII. Date et signatures :

---

« Je suis informé(e) que les informations administratives, sociales et médicales concernant ma situation sont adressées au service LHSS du Jarlot à Morlaix. »

Du professionnel référent :

De la personne demandeuse :

Dossier à adresser aux LHSS : [lhss-morlaix@fmt.bzh](mailto:lhss-morlaix@fmt.bzh) ou par courrier postal au 8 Rue de Réo 29600 Morlaix. L'admission sera étudiée à réception du dossier médical ET du dossier social. Merci