

TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS ETUDIE EN COMMISSION D'ADMISSION

Pour toute demande acceptée en commission, un entretien de pré-admission sera réalisé avant l'arrivée effective du demandeur.

Dossier à envoyer à l'adresse mail suivante :

admissions@adlca.fr

Ou à l'adresse postale suivante :

7 rue de la demi-lune 39140 BLETTERANS

Renseignements au 03.84.48.17.21

DATE DE LA DEMANDE : __/__/____

IDENTITE DU DEMANDEUR

NOM NAISSANCE : NOM MARITAL :

PRENOM :

SEXE :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

VOLET MEDICAL

Etablissement instruisant la demande :

Nom du médecin demandeur :

Tel :/..../..../..../.....

Mail :

RENSEIGNEMENT MEDICAUX

Pathologie principale :

Pathologies associées :

Allergies :

Pathologies psychiatriques ou troubles du comportement :

Stabilisé : ☐ oui ☐ non

Psy référent :

Suivi : lieu et fréquence :

Conduite addictive :

Suivi en addictologie : ☐ oui ☐ non

Référent :

Suivi : lieu et fréquence :

le demandeur est informé sur le diagnostic : ☐ oui ☐ non

le pronostic : ☐ oui ☐ non

Personne de confiance désignée :

☐ OUI ☐ NON

Si oui, identité et numéro de téléphone de la personne de confiance :

.....

Merci de bien vouloir remplir la fiche en annexe si une personne de confiance est désignée.

SYNTHESE MEDICALE

AUTONOMIE

Degré autonomie	Autonome	Aide partielle	Aide complète	Autre
Déplacements				
Transferts				
Toilette				
Habillage				
Alimentation				

Appareillage : ☐ canne ☐ déambulateur ☐ fauteuil roulant

STATUT VACCINAL :

SEROLOGIE :

Autonomie dans la prise des médicaments : ☐ oui ☐ non

Soins infirmiers : ☐ oui ☐ non

Lesquels :

Kiné : ☐ oui ☐ non

Matériel :

☐ SAD

☐ Stomie

☐ CIP

☐ VNI

☐ Matelas à air

☐ Prothèse d'un membre

MERCI DE NOUS TRANSMETTRE LES ORDONNANCES DE TRAITEMENT EN COURS ET TOUTE INFORMATION UTILE (ex : CR médicaux, ...)

SIGNATURE ET CACHET DU MEDECIN

VOLET SOCIAL

Etablissement instruisant la demande :

Nom du travailleur social :

Tel : / / / /

Mail :

DOCUMENTS OBLIGATOIRES A JOINDRE :

- ☐ Carte d'identité ou passeport
- ☐ Mutuelle
- ☐ Titre de séjour
- ☐ Attestation CPAM ou MSA
- ☐ Notification de mise sous protection
- ☐ Avis d'imposition
- ☐ Attestation : CAF, France travail
- ☐ Notification MDPH
- ☐ RIB
- ☐ Justificatif de revenus

INFORMATIONS ADMINISTRATIVES

Adresse actuelle et/ou organisme de domiciliation :

.....

Lieu de vie actuel :

☐ Rue ☐ Tiers ☐ Structure

Tel :

☐ Marié(e) ☐ Pacsé(e) ☐ Célibataire ☐ Divorcé(e) ☐ Vie maritale ☐ Veuf(ve)

Enfants :

.....

Animaux :

.....

Nationalité :

Date d'entrée en France : / /

Coordonnées de l'interlocuteur / référent :

Nature du titre de séjour et validité et/ou récépissé :

.....

Nature et dates des démarches en cours :

.....

Nature et date des démarches à venir :

.....

SI LE DEMANDEUR BENEFICIE D'UNE MESURE DE PROTECTION

Nature de la mesure :

Date de validité :

Nom et adresse du mandataire :

.....

Tel :

POUR LES DEMANDEURS D'ASILE

Pays d'entrée où la demande d'asile a été faite :

Date à laquelle la demande a été faite :

APS : ☐ oui ☐ non

Fin de validité :

Ressources

Salaire :

RSA :

Retraite :

AAH ou pension d'invalidité :

Autre :

Dossier de surendettement : ☐ oui ☐ non

Numéro de dossier :

Décision :

Dettes, prêts, crédits : ☐ non ☐ oui, précisez

.....

Couverture santé

Numéro de SS : Organisme :

-ALD ☐ oui ☐ non -Mutuelle ☐ oui ☐ non

-CSS ☐ oui ☐ non -AME ☐ oui ☐ non

Dossier MDPH : ☐ oui ☐ non ☐ en cours

N° de dossier MDPH / Quels dispositifs ?.....

.....

Suivi Judiciaire ☐ non ☐ oui, précisez (depuis quand, type de mesure, nom du référent).....

.....

Y a -t-il eu des demandes d'accueil en structure (EHPAD, Fam, ...) ?

.....

.....

.....

Faire mention des démarches abouties et/ou en cours :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

RAPPORT SOCIAL, DATE, REDIGE PAR UN TRAVAILLEUR SOCIAL

Reprenant le parcours de vie de la personne, les démarches engagées avec celle-ci, sa capacité à vivre en collectivité, son désir ou ses appréhensions à être accueillie en LAM

Version	Date	Nature de la modification
1	Décembre 2024	Création du document.