

**Fiche de liaison
Candidature LITS HALTE SOINS SANTE**

Date de la demande :

INSTRUCTEUR

Nom de l'instructeur.....Organisme

N° Rue.....Code postal Commune.....

Coordonnées téléphoniques :.....

Mail :.....@.....

DEMANDEUR

Nom : **Nom de jeune fille** :

Prénom : **Tél** :

Adresse actuelle :

.....

Date et lieu de naissance :

Situation de famille :

Marié	Veuf	Célibataire	Divorcé	Séparé	Vie maritale
-------	------	-------------	---------	--------	--------------

Nationalité

Carte de séjour	Récépissé	Durée de validité
-----------------	-----------	-------------------

Protection sociale

N° S S :

Organisme :

N° CAF :

Sans Couverture	Sécurité Sociale	CMU de base	CMU Compl	AME	Mutuelle	ALD	Autres organismes

Commentaires :

Logement :

Type d'hébergement au moment de la demande :

Une demande est elle en cours ?

OUI		NON	
-----	--	-----	--

Si oui, date de dépôt de la demande et coordonnées de l'organisme auprès duquel la demande a été effectuée (préciser si plusieurs demandes) :

OUI		NON	
-----	--	-----	--

Type de ressources :

Exposé de la situation et objectifs attendus de la prise en charge en Lits halte soins santé :

Avis du médecin LITS HALTE SOINS SANTE:

Avis de la coordinatrice :

Accord	
Refus	

Accord	
Refus	

Date d'entrée :

Durée prévue :

Motif :

Motif :

Décision du Directeur :

Accord		Refus	
--------	--	-------	--

Motif :