

## Dossier de demande d'admission au sein des Lits d'Accueil Médicalisés de l'Union Cépière Robert Monnier

A envoyer par mail à [admission.lam@ucrm.fr](mailto:admission.lam@ucrm.fr), à l'attention du responsable des LAM

### VOLET SOCIAL

Service orienteur : ..... Adresse : ..... Nom et qualité du travailleur social : ..... Tél./fax/courriel : .....	<b>Cadre réservé aux LAM</b> N° dossier :                      Reçu le : ... / ... / ... Volet médical reçu le : ... / ... / ...  Avis motivé : Rendu le : ... / ... / ... Adressé à :
---	--

### IDENTITE DU DEMANDEUR

Nom – Prénom : .....

Date de naissance : ... / ... / ...      Numéro de téléphone.....      Sexe :  H    F

Situation familiale : .....

Adresse actuelle / Organisme de domiciliation : .....

.....

.....

Conditions d'hébergement actuelles : .....

.....

---

Nationalité :    Française    CEE    Autres, préciser : .....

Date d'entrée en France : ... / ... / ...      Langue parlée : .....

Nature du titre de séjour et durée de validité : .....

.....

Nature et dates des démarches en cours : .....

.....

.....

## Dossier de demande d'admission au sein des Lits d'Accueil Médicalisés de l'Union Cépière Robert Monnier

### CONVERTURE SANTE

N° SECURITE SOCIALE : .....
Organisme de rattachement : .....

<input type="checkbox"/> SS base	<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> Mutuelle	<input type="checkbox"/> PUMA (CMU)	<input type="checkbox"/> CMU-Compl.	<input type="checkbox"/> AME	<input type="checkbox"/> Autre
----------------------------------	------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------	--------------------------------

### RESSOURCES

REVENUS	Salaire	RSA	Retraite	Pensions	AAH	ATA	Autres
Par mois	...	...	...	...	...	...	...

Dossier de surendettement ?  oui  non

### AUTRES

Si la personne bénéficie d'une mesure de protection, depuis le : ... / ... / ...

Tutelle     Curatelle     Autre mesure de protection : .....

Coordonnées et qualité du mandataire : .....

.....

.....

Dossier MDPH :  Non     En cours     Oui n° dossier : .....

Autres établissements d'accueil sollicités ? Démarches inabouties / motifs de refus ?

.....

.....

.....

.....

.....

## Dossier de demande d'admission au sein des Lits d'Accueil Médicalisés de l'Union Cépière Robert Monnier

Date et signature du travailleur social :

*Joindre tout élément utile pouvant compléter la demande (copies des pièces justificatives disponibles, un rapport social, daté et signé, retraçant le parcours de vie de la personne, les démarches engagées avec celle-ci, indiquant sa capacité à vivre en collectivité, son désir ou ses appréhensions à être accueillie au sein des LAM...)*

Liste des pièces jointes, le cas échéant :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**CADRE RESERVE A LA PERSONNE QUI DEMANDE SON ADMISSION EN LAM :**

Je soussigné(e) .....  
demande l'examen de ma candidature en vue d'une admission au sein de l'établissement LAM de l'UCRM.

Autres commentaires : .....  
.....  
.....  
.....

Date et signature de la personne :