

Date de la demande :

Demande d'intervention de l'équipe des LHSS Mobiles (Gap)

Personne ou organisme demandeur

Nom - Prénom : Structure :

Téléphone :

Mail :

Personne concernée

Consentement de la personne : oui non

NOM : Prénom :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Genre : Nationalité : Langue parlée :

Besoin Interprétariat : oui non

Téléphone : Mail :

Lieux fréquentés, adresse :

.....

.....

La personne peut-elle être rencontrée par notre équipe dans vos locaux : oui non

Mobilité : oui non

Médecin traitant : oui non en cours

Si oui, Nom et adresse :

La personne a-t-elle une personne ressource / contact à prévenir / entourage soutenant ?

.....

Motif de la demande

.....

.....

.....

.....

.....

Fondation Edith Seltzer

Antécédents médicaux

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

Addictions : oui non

Troubles santé mentale connus : oui non NSP

Si oui :
.....

Protection juridique : curatelle tutelle

Couverture sociale et accompagnement médical

Droits ouverts : oui non en cours

Base (régime général, CMU) : oui non en cours

CSS / Mutuelle : oui non en cours

100% ALD : oui non en cours

AME : oui non en cours

N° sécurité sociale et caisse affiliation :