|  |
| --- |
| **Voici 2 fiches pour le référencement des structures et organismes gestionnaires sur le site de la FSH :****→ Fiche ACT/LHSS/LAM** ainsi que les nouveaux dispositifs « d’aller vers » issus de la mesure 27 sur Ségur de la Santé**→ Fiche ACT Hors les murs/LHSS mobiles-EMSP/LHSS de jour** |

**→ Fiche ACT/LHSS/LAM**

**Merci de compléter 1 fiche par structure sous format Word et l’adresser à :** berangere.grisoni@sante-habitat.org

**Nom de l’association, organisme gestionnaire :**

**Type de dispositif : □ ACT, □ LHSS, □ LAM**

**Nom de la structure :**

**Adresse :**

**Code postal : Ville :**

**Mail : Téléphone :**

|  |  |
| --- | --- |
| **PROFIL DES PERSONNES ACCUEILLIES :****(rayer les mentions inutiles ou en rajouter d’autres)*** Homme seul, femme seule, couple
* Femme ou homme seul(e) avec enfant(s)
* Femme ou homme seul(e) avec enfant(s) malades
* Couple avec enfant(s)
* Animal autorisé
 | **Capacite d'accueil :****(inscrire le nombre de places)*** Nombre de places autorisées :
* Nombre de places PMR :
 |
| **Mode d'hébergement** :**(rayer les mentions inutiles)**Individuel :Semi-collectif :Collectif : | **Pathologies principales prises en charge :** | **handicap et Problématiques associées :** |
| **Modalités d’admission :****(rayer les mentions inutiles)****(Exemple : )*** Dossier social
* Dossier médical
* Entretien médical avec la personne
* Entretien social avec la personne
* Commission d'admission
 | **Conditions d’admission** **requises :****(rayer les mentions inutiles ou en rajouter d’autres)****(Exemple : )*** Pas de ressources minimales nécessaires
* Accueil inconditionnel : ni ressources, ni titre de séjour exigés
 | **Personne contact pour toute demande d’information :** (Prénom-NOM, fonction, tél, mail ) |
| **Cette structure utilise les dossiers social et médical types d’admission** (si vous utilisez des dossiers propres à votre structure, merci de nous les envoyer en PDF) |
|  **Dossier SOCIAL d’admission à adresser à :** |  **Dossier médical d’admission A adresser A :** |

**→ Fiche ACT Hors les murs/LHSS mobiles-EMSP/LHSS de jour**

**Merci de compléter 1 fiche par structure sous format Word et l’adresser à :** berangere.grisoni@sante-habitat.org

**Nom de l’association, organisme gestionnaire :**

**Type de dispositif   : □ ACT Hors les murs, □ LHSS mobiles-EMSP, □ LHSS de jour**

**Nom de la structure :**

**Adresse :**

**Code postal : Ville :**

**Mail : Téléphone :**

|  |  |
| --- | --- |
| **PROFIL DES PERSONNES ACCOMPAGNEES :****(rayer les mentions inutiles ou en rajouter d’autres)*** Homme seul, femme seule, couple
* Femme ou homme seul(e) avec enfant(s)
* Femme ou homme seul(e) avec enfant(s) malades
* Couple avec enfant(s)
* Animal autorisé
 | **Capacite d'accueil :****(inscrire le nombre de places ou rayer les mentions inutiles)*** Nombre de places autorisées ACT Hors les murs :
* Nombre d’équipe LHSS mobiles-EMSP :

**□** 1 équipe, **□** 2 équipes* Périmètre d’intervention

ACT Hors les murs/ LHSS mobiles-EMSP : * Jours et heures d’ ouverture LHSS de jour :
 |
| **ACCOMPAGNEMENT MEDICO SOCIAL SANS hébergement** :**(rayer les mentions inutiles ou en rajouter d’autres)*** Auprès des personnes à la rue
* En squat
* Dans des habitats très dégradés
* En structures d’hébergement social
 | **Pathologies principales prises en charge :** | **handicap et Problématiques associées :** |
| **Modalités d’admission/d’INTERVENTION :****(rayer les mentions inutiles)****(Exemple : )*** Dossier social
* Dossier médical
* Entretien médical avec la personne
* Entretien social avec la personne
* Commission d'admission
 | **Conditions d’admission** **requises :****(rayer les mentions inutiles ou en rajouter d’autres)****(Exemple : )*** Accueil inconditionnel : ni ressources, ni titre de séjour exigés
 | **Personne contact pour toute demande d’information :**(Prénom-NOM, fonction, tél, mail ) |
| **Cette structure utilise les dossiers social et médical types d’admission** (si vous utilisez des dossiers propres à votre structure, merci de nous les envoyer en PDF) |
|  **Dossier SOCIAL d’admission à adresser à :** |  **Dossier médical d’admission A adresser A :** |

Si ce n’est encore fait, merci d’envoyer **le logo de votre association en pièce jointe** (haute définition) **et** un **petit texte de présentation** de votre association ou une présentation plus détaillée complémentaire à la fiche structure, ou à défaut le lien internet de votre association.

**Présentation de l’organisme gestionnaire :**