|  |
| --- |
| **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 :**