

Lits Halte Soins Santé mobiles (LHSS mobiles)  
12 avenue de Verdun – 41000 Blois  
Tél : 02 54 78 44 77  
Courriel : [secretariat.lhss@asld41.com](mailto:secretariat.lhss@asld41.com)

## FORMULAIRE DE DEMANDE D'INTERVENTION

A transmettre par mail à l'équipe mobile : [lhssmobiles.social@asld41.com](mailto:lhssmobiles.social@asld41.com)  
Tél : 02 54 78 61 79 – portable : 07 86 41 80 41  
Une rencontre avec la personne s'effectuera après chaque demande d'intervention

### **DEMANDEUR :**

NOM / PRENOM : \_\_\_\_\_

TEL : \_\_\_\_\_

FONCTION / SERVICE : \_\_\_\_\_

MAIL : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **IDENTITE DE LA PERSONNE BENEFICIAIRE :**

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_

SEXE : H  F

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_ TEL : \_\_\_\_\_

ADRESSE DE DOMICILIATION : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ADRESSE D'HEBERGEMENT (SI DIFFERENTE DE LA DOMICILIATION) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **LA PERSONNE BENEFICIAIRE EST-ELLE CONSENTANTE A L'ACCOMPAGNEMENT ?**

OUI  NON

### **SITUATION FAMILIALE :**

VIT SEULE  N'EST PAS SEULE

NOMBRE DE PERSONNES VIVANT AU DOMICILE : \_\_\_\_\_

ENVIRONNEMENT FAMILIAL / AMICAL / PROFESSIONNEL IMPLIQUE : OUI  NON

**COUVERTURE SANTE :**

COUVERTURE SANTE DE BASE : OUI  NON  EN COURS

Nom de l'organisme de sécurité sociale de base (CPAM ou MSA) : \_\_\_\_\_

AFFECTION LONGUE DUREE : OUI  NON  EN COURS

MUTUELLE OU COMPLEMENTAIRE SANTE SOLIDAIRE (CSS) :

OUI  NON  EN COURS

Nom de la complémentaire : \_\_\_\_\_

AIDE MEDICALE D'ETAT (AME) : OUI  NON  EN COURS

Nom de l'organisme gestionnaire de l'AME : \_\_\_\_\_

**MOTIF DE LA DEMANDE :**

**(merci de ne pas transmettre de données médicales ci-dessous - l'évaluation médicale sera effectuée par l'équipe soignante des LHSS mobiles)**

-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----