Sécurité sociale
L'Assurance Maladie

Service Social
Pays de la Loire

À compléter par le patient

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

_____

Tél. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

N° sécurité sociale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

CPAM de : _____

Retraité(e) : ☐ OUI ☐ NON

Situation familiale : _____

Coordonnées éventuelles d'un proche à contacter :

_____

☐ **Je souhaite bénéficier d'un conseil, et le cas échéant d'un accompagnement, à ma sortie d'établissement**

Date |_|_|_|_|_|_|_|_|

À compléter par l'établissement

Fragilité liée à une ou des déficiences :

- *physiques* ☐
- *sensorielles* ☐
- *motrices* ☐
- *d'orientation* ☐

☐ Vit seul(e) sans aide régulière de la famille ou de l'entourage

Nombre d'hospitalisation
au cours des 12 derniers mois |_|_|

Besoins et démarches en cours

_____

_____

_____

Date prévue de sortie |_|_|_|_|_|_|_|_|

☐ Service social de l'établissement
☐ Cadre de santé de l'établissement
☐ Autre personnel habilité

Nom : _____ Tél. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Date |_|_|_|_|_|_|_|_| Signature

Cachet de l'établissement

R 427 C - 665 SSR - 01/2009