Demande d'accompagnement EMSP	4.1.300 Version 2.0 Du 15/04/2025

En cas de situation relevant d'une Urgence, prendre contact avec les dispositifs dédiés :
S.A.M.U. : 15 Pompiers : 18

Le demandeur : ..... Date : ……
Nom et adresse de la structure : .....
Nom du réfèrent : .....
Fonction : .....
Téléphone : .....
Courriel : .....

Sollicite une évaluation de l'EMSP

Pour le bénéficiaire :

Mme/Mr : ..... Prénom : …….
Né(e) le ..... Nationalité : ……
Domiciliation / adresse : ..... ……..
Tel / courriel : ……..
Besoin d'interprétariat : ..... Présence animaux ☐:oui ☐ non

L'EMSP traite les données recueillies dans cette fiche uniquement avec l'accord de la personne et pour assurer les missions qui lui sont confiées.

Pour en savoir plus sur la gestion des données personnelles et pour exercer ses droits, se reporter au document « Consentement au recueil des données personnelles ».

- **Accord de l'usager :** ☐ oui .☐ non Signature usager :

Motif de la demande : (joindre note sociale ou résumé médical si nécessaire) :

Situation du bénéficiaire :

Situation administrative : …… Situation familiale : ……	Emploi ☐ oui ☐ non Ressources : ☐ oui ☐ non Lesquelles : …… ☐ demande en cours	Régime de base ☐ CSS ☐ AME ☐ ALD ☐ ☐ demande en cours

☐ Logement individuel
☐ Structure d'hébergement préciser :
☐ Hébergement d'urgence préciser :
☐ Famille ou tiers
☐ Sans domicile fixe
☐ Autre .....

Autres professionnels autour de la situation : ……

Besoin de soutien pour les démarches administratives : ☐oui ☐non

Problématiques ou besoins de santé repérées :

☐ Fièvre
☐ Toux
☐ Désorientation
☐ Vomissement
☐ Douleurs/ localisation :
☐ Fatigue
☐ Autres (préciser) ……

☐ Trouble psychique
☐ Violence et troubles du comportement
☐ Addiction
☐ Problème dermatologique
☐ Plaie
☐ Désorientation

Pathologies et/ou suivis médicaux connues : (Déclaration ou document donné par la personne)

Médecin traitant : ☐ oui ☐ non

Nom du médecin traitant : ……..

Les demandes sont à adresser au secrétariat de l'Equipe Mobile Santé et Précarité, ouvert du

Lundi au Vendredi de 9h30 à 17H30

à cette adresse : emsp49@montjoie.asso.fr (ou Fax : 02.41.42.93.32)

Les demandes seront visées par l'équipe le jeudi matin et un retour vous sera donné dans les plus bref délais.

« Dans le cadre de l'exécution du présent contrat, l'équipe Mobile Santé Précarité est amené à collecter et à traiter des données vous concernant. L'établissement s'engage à assurer la protection, la confidentialité et la sécurité de l'ensemble de vos données personnelles.
Conformément à la réglementation applicable en matière protection des données personnelles, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement de vos données ainsi que d'un droit d'opposition et de limitation de leur traitement. Vous pouvez exercer ces droits par mail et/ou par courrier à :

- *Par mail à l'adresse DPO@montjoie.asso.fr*
- *Par courrier : Association Montjoie – DPO - 43 rue Paul Ligneul- 72000 LE MANS*

En indiquant vos nom, prénom, adresse postal et en joignant une copie de votre carte d'identité
Pour en savoir plus sur la gestion de vos données personnelles, reportez-vous au livret d'accueil/ règlement de fonctionnement. »