

FICHE DE SIGNALEMENT AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ (ARS)

Ce formulaire concerne uniquement des personnes qui rencontrent des **difficultés d'accès aux droits et aux soins en Pays de la Loire**. Cette fiche peut être complétée et adressée directement **par la personne concernée ou par un tiers** (associations, structures...).

La fiche complétée peut être adressée à la **Délégation Territoriale du département correspondant** :

- **Loire-Atlantique** : ars-dt44-contact@ars.sante.fr
- **Maine-et-Loire** : ars-dt49-contact@ars.sante.fr
- **Mayenne** : ars-dt53-contact@ars.sante.fr
- **Sarthe** : ars-dt72-contact@ars.sante.fr
- **Vendée** : ars-dt85-contact@ars.sante.fr

COORDONNÉES DU PARTENAIRE (SI REMPLI PAR UN TIERS)

STRUCTURE :

NOM :

PRÉNOM :

FONCTION :

TÉLÉPHONE :

EMAIL :

COORDONNÉES DE LA PERSONNE EN DIFFICULTÉ

NOM :

PRÉNOM :

AGE :

TÉLÉPHONE :

EMAIL :

VILLE :

DESCRIPTIF DES DIFFICULTÉS RENCONTRÉES

(Ne pas indiquer d'informations à caractère médical ou autre information sensible)

Exemple : M. Dupont a dû renoncer à des soins dentaires

ACTIONS DÉJÀ RÉALISÉES

(Ne pas indiquer d'informations à caractère médical ou autre information sensible)

Exemple : Réclamation adressée à l'établissement de santé