

PENSION DE FAMILLE SAINT CASIMIR

✉ 103, Chemin de l'Eglise - 62131 VAUDRICOURT
@ solidaritoit.domainesaintcasimir@lerelais.org
☎ 06.86.15.51.16.

DOSSIER DE CANDIDATURE

PRESCRIPTEUR :

Nom :
En qualité de :
Nom de l'organisme de rattachement :
Adresse :
Code postal : Ville :
Téléphone : Mail :

DEMANDEUR :

Monsieur Madame
Nom d'usage :
Nom de naissance :
Prénom :
Né(e) le : à :
Nationalité :
Adresse :
Code postal : Ville :
Téléphone : Mail :

Date de réception du dossier :

SITUATION FAMILIALE :

- Célibataire Veuf(ve) Divorcé(e) Séparé(e)
 Marié(e) Pacsé(e) Concubin(e)

SITUATION SOCIO-PROFESSIONNELLE :

- Salarié(e) Nom et adresse de l'employeur : -----
 : -----
 Type de contrat : -----
 Demandeur(se) d'emploi Inscrit(e) au pôle emploi : Oui Non
 Invalide Précisez la catégorie : -----
 Travailleur(se) handicapé(e) Précisez la date de renouvellement : -----
 Mi-temps thérapeutique Précisez la date de fin : -----
 En formation Envisage un projet professionnel
 Sans activité Autre, Précisez : -----

RESSOURCES :

- A.A.H. (Date de renouvellement) : ----- R.S.A. Retraite
 Indemnités de formation A.S.S. A.R.E.
 Indemnités journalières Salaire Aucune ressource
 Pension d'invalidité Autre : -----
 Montant mensuel des ressources (€) : -----

 Crédit en cours : Oui Non – Montant des mensualités : -----
 Dossier de surendettement : Oui Non En cours

SITUATION LOGEMENT :

- Locataire Propriétaire
 Sous locataire Occupant(e) sans droit ni titre
 Hébergé(e) par un tiers ou la famille Colocation
 Hébergé(e) en institution Logé(e) dans un hôtel
 Habitat de fortune Sans domicile fixe
 Incarcéré(e) Autre : -----

 Demande de logement social : Oui Non En cours
 FSL : Non concerné A solliciter Dossier recevable

PARCOURS RESIDENTIEL :

MOTIF DE LA DEMANDE :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sans domicile fixe | <input type="checkbox"/> Logement insalubre/non décent |
| <input type="checkbox"/> Rupture familiale/conjugale | <input type="checkbox"/> Logement inadapté |
| <input type="checkbox"/> Violences familiales/conjugales | <input type="checkbox"/> Fin d'hospitalisation |
| <input type="checkbox"/> Expulsion | <input type="checkbox"/> Isolement social/affectif |
| <input type="checkbox"/> Perte de logement/Fin de bail | <input type="checkbox"/> Sortie d'établissement pénitentiaire |
| <input type="checkbox"/> Sortie d'hébergement | <input type="checkbox"/> Autre : ----- |

ACCOMPAGNEMENT SOCIAL :

Suivi social Oui Non
Structure et nom du référent : -----

Sous mesure de protection Oui Non
Si oui, Curatelle Tutelle Autre : -----
Structure et nom du référent : -----

SITUATION PERSONNELLE :

Assurance Maladie : Oui Non
N° de Sécurité Sociale : -----
Organisme d'affiliation : -----
 Régime Général Régime Social Régime Agricole Régimes Spéciaux

Complémentaire Santé Solidarité : Oui Non
Organisme d'affiliation : -----

Mutuelle/Assurance complémentaire santé : Oui Non
Organisme d'affiliation : -----

Allocataire de la **C.A.F.** : Oui Non
N° d'allocataire : -----
Organisme d'affiliation : -----

Allocataire de la **M.S.A.** : Oui Non
Organisme d'affiliation : -----

Permis de conduire : Oui Non
Moyen de locomotion : Véhicule Véhicule sans permis
 Scooter Bicyclette

Avez-vous un animal de compagnie : Oui Non
Si oui, lequel : -----

SANTE :

Médecin traitant : Oui Non

Nom et Coordonnées (adresse, téléphone, mail, fax) :

Suivi psychologique et/ou psychiatrique : Oui Non

Nom et Coordonnées (adresse, téléphone, mail, fax) :

Autre(s) suivi(s)médical(aux) en cours :

Eléments médicaux supplémentaires (exemple : addictions, allergies, diabète, ...) : -----

Etat de santé nécessitant un logement adapté handicapé

CONTACT :

Personne à prévenir :

<u>NOM</u>	<u>FILIATION / QUALITE</u>	<u>TELEPHONE</u>	<u>ADRESSE OU STRUCTURE</u>
----- -----	----- -----	----- -----	----- -----
----- -----	----- -----	----- -----	----- -----
----- -----	----- -----	----- -----	----- -----
----- -----	----- -----	----- -----	----- -----

EVALUATION D'AUTONOMIE :	
Hygiène corporelle	<input type="checkbox"/> Se lave seul(e) <input type="checkbox"/> Se lave partiellement <input type="checkbox"/> Est capable mais a besoin d'être stimulé(e) <input type="checkbox"/> Problème important d'hygiène corporelle
Habillage	<input type="checkbox"/> S'habille seul(e) <input type="checkbox"/> Est capable mais a besoin d'être stimulé(e) <input type="checkbox"/> A besoin d'aide
Entretien du Logement	<input type="checkbox"/> Maintient son logement en état de propreté <input type="checkbox"/> Nécessite des conseils d'entretien <input type="checkbox"/> Nécessite l'intervention d'un tiers*
Autonomie Alimentaire	<input type="checkbox"/> Capable d'effectuer des achats <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Nécessite un accompagnement <input type="checkbox"/> Nécessite l'intervention d'un tiers* <input type="checkbox"/> Capable de se préparer un repas <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Nécessite un accompagnement <input type="checkbox"/> Nécessite l'intervention d'un tiers* <input type="checkbox"/> S'alimente de façon saine et équilibré <input type="checkbox"/> S'alimente de façon désorganisée et déséquilibrée <input type="checkbox"/> Présence d'un trouble alimentaire
Santé	<input type="checkbox"/> Gère seul(e) son traitement médical <input type="checkbox"/> Doit être accompagné(e) lors des rendez-vous médicaux
Gestion Financière et Administrative	<input type="checkbox"/> Capable de gérer un budget hebdomadaire <input type="checkbox"/> En difficulté pour établir son budget <input type="checkbox"/> Capable de gérer les documents administratifs <input type="checkbox"/> Nécessite un accompagnement <input type="checkbox"/> Nécessite l'intervention d'un tiers*
Interaction familiale et sociale	<input type="checkbox"/> Présence de liens familiaux <input type="checkbox"/> Aucun lien familial <input type="checkbox"/> Présences de liens sociaux <input type="checkbox"/> Aucun lien social
Transport	<input type="checkbox"/> Autonome dans les transports

****Reporter le tiers dans la rubrique Contact. Si l'intervention du Tiers est en cours, le précisez.***

Document à fournir obligatoirement :

- Une note sociale du prescripteur précisant entre autres le degré d'autonomie et la capacité à évoluer en collectivité de la personne orientée,
- Le dossier de candidature,
- La carte d'identité en cours de validité,
- Le titre de séjour en cours de validité
- L'attestation de sécurité sociale et de la Complémentaire Santé Solidaire,
- Attestation de paiement de la C.A.F.,
- Justificatifs de ressources des 3 derniers mois (bulletins de paie, attestation Pôle Emploi, retraite, ...),
- Le dernier avis d'imposition, ou un justificatif des ressources pour les personnes de nationalité étrangère (Arrêté du 14 juin 2010),
- Trois dernières quittances de loyer ou attestation d'hébergement,
- L'attestation de dépôt du dossier de surendettement en cas d'impayés ou de la mise en place d'un plan d'apurement avec un gestionnaire,
- L'accusé de dépôt du dossier FSL ou l'avis de la commission,
- Le jugement de mise sous protection,
- Un relevé d'identité bancaire,

Tout dossier incomplet ne sera pas examiné