

DEMANDE D'HEBERGEMENT et/ou LOGEMENT ADAPTE SIAO 51

N° de dossier :

Date de la demande : / /

PERSONNE(S) ET STRUCTURE AYANT EFFECTUE L'ENTRETIEN

Travailleur social qui oriente :

Structure :

Référent social et remplaçant :

Coordonnées : Adresse :

Tél. : Mail :

Demande Individuelle

Famille

IDENTITE DU DEMANDEUR

IDENTITE DU CONJOINT/CONCUBIN

Nom de naissance :

Nom d'usage :

Prénoms :

Sexe : Homme Femme

Date de naissance : / /

Lieu de naissance :

Document d'identité :

CNI Passeport Permis Autre Aucun

Nationalité : Français U.E. Hors U.E.

Si la nationalité Hors CE, précisez :

nature et durée du titre de séjour :

date de validité du titre : / /

Adresse :

Chez soi Chez tiers Domiciliation

.....

.....

Nom de naissance :

Nom d'usage :

Prénoms :

Sexe : Homme Femme

Date de naissance : / /

Lieu de naissance :

Document d'identité :

CNI Passeport Permis Autre Aucun

Nationalité : Français U.E. Hors U.E.

Si la nationalité Hors CE, précisez :

nature et durée du titre de séjour :

date de validité du titre : / /

Adresse :

Chez soi Chez tiers Domiciliation

.....

.....

SITUATION ET COMPOSITION FAMILIALE

Situation Familiale : Célibataire Mariage PACS Union libre Séparation Divorce Veuvage

Composition familiale : Homme seul Femme seule Couple Famille Famille Monoparentale Autre

Précisez

ENFANT(S) A CHARGE

Nom - Prénoms	Date de naissance - Âge	Sexe	Situation (Précisez : scolarité / mode de garde / emploi + lieu)	Suivi (Pmi / mesures / santé ...)
..... / ... /	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G	.....	.....
..... / ... /	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G	.....	.....
..... / ... /	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G	.....	.....
..... / ... /	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G	.....	.....
..... / ... /	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G	.....	.....
..... / ... /	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G	.....	.....
..... / ... /	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G	.....	.....

Nombre d'enfants accueillis de façon permanente :

ENFANT(S) NON A CHARGE ET SUSCEPTIBLE D'ETRE ACCUEILLI(S) DE FAÇON NON PERMANENTE

Nom - Prénoms	Date de naissance - Âge	Sexe	Lieu de résidence	Situation (Droit de visite / hébergement / placement / autonome)
..... / ... /	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G	.....	.....
..... / ... /	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G	.....	.....
..... / ... /	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G	.....	.....
..... / ... /	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G	.....	.....
..... / ... /	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G	.....	.....
..... / ... /	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G	.....	.....
..... / ... /	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G	.....	.....

Nombre d'enfants susceptibles d'être accueillis de façon non permanente :

ENFANT(S) À NAÎTRE

Grossesse en cours : Oui Non Ne sait pas

Suivi Grossesse : Oui Non / Lieu :

Nombre d'enfant(s) à naître :

Date présumée de l'accouchement : / /

RELATIONS FAMILIALES / AMICALES

Le(s) demandeur(s) est(sont)-il(s) en lien avec sa famille ? Oui Non

Le(s) demandeur(s) est(sont)-il(s) en lien avec des amis ? Oui Non

ANIMAUX

Présence d'animaux : Oui Non

Espèce(s) et Nombre : Chien(s) Chat(s) N.A.C. précisez

SITUATION FINANCIÈRE

REVENUS		DEPENSES MENSUELLES ESTIMEES	
Salaire(s) / Stage(s)	<input type="checkbox"/> Demandeur <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant(s) à Charge	Pensions versées €
		Charges de transport €
Prestations familiales	<input type="checkbox"/> oui précisez <input type="checkbox"/> non motif <input type="checkbox"/> en cours	Dépenses de santé€
		Impôts €
Allocations chômage	<input type="checkbox"/> Demandeur - fin droit ... / ... <input type="checkbox"/> Conjoint - fin droit ... / ...	Frais de Garde €
		Autre..... €
RSA	<input type="checkbox"/> Majoré <input type="checkbox"/> Socle <input type="checkbox"/> Activité <input type="checkbox"/> en cours <input type="checkbox"/> non motif	ENDETTEMENT <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
		Dettes locatives	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
AAH / Invalidité	<input type="checkbox"/> Demandeur <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	Dettes à la consommation	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Indemnités journalières	<input type="checkbox"/> Demandeur <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	Autre(s) dettes(s)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Pensions de retraite	<input type="checkbox"/> Demandeur <input type="checkbox"/> Conjoint	MASP	<input type="checkbox"/> oui précisez
Autre	<input type="checkbox"/> Demandeur précisez..... <input type="checkbox"/> Conjoint précisez.....	Dossier de Surendettement	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en cours
		Plan de remboursement / Moratoire	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Total estimé des ressources	..... €	Mesure de protection	<input type="checkbox"/> oui précisez

Commentaires :

SITUATION AU REGARD DE L'ASSURANCE MALADIE

N.I.R. Demandeur :

Régime : CPAM MSA R.S.I. Régime Spécial précisez

Couverture de Base : à jour affiliation en cours aucune demande de CMU rejet de la CMU

Complémentaire Santé : à jour affiliation en cours aucune demande de CMU-c rejet de la CMU-c

Nom de l'organisme complémentaire santé :

Aide Médicale Etat : oui en cours rejet

Commentaires :

SUIVI SOCIAL

Nom du référent	Service	Mesure

Acceptez-vous que nous prenions contact avec ces référents pour obtenir leur avis sur votre demande de logement /hébergement ? Oui Non

SITUATION PROFESSIONNELLE

DEMANDEUR	CONJOINT
<input type="checkbox"/> Sans Activité : <i>précisez</i> <input type="checkbox"/> Non autorisé à travailler <input type="checkbox"/> Demandeur d'emploi depuis le / / Emploi recherché : Niveau de qualification : <input type="checkbox"/> Retraite <input type="checkbox"/> Congé de longue durée : <i>précisez</i> Date de fin du CLD : / ... / <input type="checkbox"/> Travailleur Handicapé : <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/> en cours <input type="checkbox"/> Emploi : <input type="radio"/> salarié <input type="radio"/> entrepreneur <input type="radio"/> CDI <input type="radio"/> Autre <i>précisez contrat</i> <input type="radio"/> du / ... / au / ... / <input type="radio"/> temps complet <input type="radio"/> temps partiel <input type="checkbox"/> Formation : <input type="radio"/> du / ... / au / ... / <input type="radio"/> temps complet <input type="radio"/> temps partiel lieu d'exercice : rythme : mobilité : <input type="radio"/> autonome <input type="radio"/> transport en commun	<input type="checkbox"/> Sans Activité : <i>précisez</i> <input type="checkbox"/> Non autorisé à travailler <input type="checkbox"/> Demandeur d'emploi depuis le / / Emploi recherché : Niveau de qualification : <input type="checkbox"/> Retraite <input type="checkbox"/> Congé de longue durée : <i>précisez</i> Date de fin du CLD : / ... / <input type="checkbox"/> Travailleur Handicapé : <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/> en cours <input type="checkbox"/> Emploi : <input type="radio"/> salarié <input type="radio"/> entrepreneur <input type="radio"/> CDI <input type="radio"/> Autre <i>précisez contrat</i> <input type="radio"/> du / ... / au / ... / <input type="radio"/> temps complet <input type="radio"/> temps partiel <input type="checkbox"/> Formation : <input type="radio"/> du / ... / au / ... / <input type="radio"/> temps complet <input type="radio"/> temps partiel lieu d'exercice : rythme :

Commentaires :

.....

.....

SITUATION AU REGARD DU LOGEMENT OU DE L'HÉBERGEMENT actuel

Logement ou Hébergement actuel

Commune de résidence.....

Date de fin de l'hébergement / logement prévue

Commentaires

- Sans logement
- Hébergement d'urgence ou d'insertion
- C.A.D.A
- Logement autonome public privé propriétaire
- Structure Médico-sociale (LHSS, LAM, Impro...)
- Établissement de santé
- Structure Judiciaire
- Établissement Pénitentiaire
- Hébergement gratuit (famille / amis)
- Hébergement précaire (camping, caravane)
- Logement temporaire (ALT, SHA, FJT, résidence sociale)
- Maison Relais
- Résidence pour étudiants
- Structure pour Mineurs

Motif de la demande d'Hébergement ou de logement Adapté

Commentaires

- Expulsion locative
- Logement insalubre / indigne / indécent
- Séparation ou rupture des liens familiaux
- Violences familiales
- Accueil Sécurisant Victime TEH
- Fin d'hospitalisation
- Sortie de prison
- Absence de logement ou d'hébergement
- Arrivée en Métropole
- Absence de ressources
- Reconnaissance réfugié
- Fin de prise en charge ASE
- Logement repris par le propriétaire
- Handicap
- Regroupement familial
- Rapprochement du lieu de travail
- Autre Motif *précisez*

PARTICULARITÉS À PRENDRE EN COMPTE POUR L'ORIENTATION

Spécificités

Nécessité d'un logement adapté (handicap) : oui non

Proximité des établissements de soins : oui *commune* non

Trajet emploi - logement et/ou Rythme emploi : difficulté de transport oui non

Besoin de rester à proximité des enfants / Maintien des Liens : oui non

Obligations Judiciaires : oui non

Difficultés financières : oui non

Vie en collectif

Accepteriez vous de partager des pièces de vie commune (*salon, cuisine*) : oui non

Souhait de la localité

Lieu(x) d'hébergement ou du logement souhaité :

Argumentaire :

Accompagnement Social

Accepteriez vous d'être accompagné(s) par des travailleurs sociaux dans votre projet de vie ?

oui non

PROJET PERSONNEL

DEMANDEUR

Logement

.....
.....

Emploi / Formation

.....
.....

Santé

.....
.....

Social

CONJOINT

Logement

.....
.....

Emploi / Formation

.....
.....

Santé

.....
.....

Social

ENFANT(S)

.....
.....

ÉVALUATION PAR LE TRAVAILLEUR SOCIAL AYANT EFFECTUÉ L'ENTRETIEN

Compétences du ménage :

.....

Difficultés repérées :

.....

.....

Freins actuels au logement autonome :

.....

.....

Domaines devant être travaillés dans le cadre d'un accompagnement social :

.....

PROPOSITION D'ORIENTATION DE LA PERSONNE AYANT EFFECTUÉ L'ENTRETIEN

Secteur géographique :

Hébergement adapté : Oui Non Accompagnement social recommandé : Oui Non

Mesures d'accompagnement à envisager :

.....

Préconisations du Travailleur Social :

.....

.....

.....

.....

.....

Travailleur social ayant fait l'entretien

Nom

Fonction

A, le

En cas de proposition ne répondant pas totalement à vos souhaits, accepteriez-vous d'autres propositions d'hébergement ou de logement ?

Oui Non

Signature du Demandeur

A, le

Signature du Conjoint

A, le