

**DOSSIER CPO - SIAO Hte-Marne
DEMANDE D'HEBERGEMENT / LOGEMENT ADAPTE**

- 📅 **Date :**
- 🏠 **Structure instructrice de la demande et Adresse:**
- ☎ **:**
- 👤 **Référent du dossier (Nom / Prénom) :**
- ✉ **e-mail du référent :**

Identification du demandeur

- 👤 **Nom de naissance (Nom enregistré)** Nom d'usage
- 👤 **Prénom :**
- 📅 **Date de naissance:**Lieu de naissance :
- Nationalité 📄 **Papier d'identité** Oui Non Préciser le document
- 👤 **Situation matrimoniale : à renseigner**
- 📞 **N° Tél :**

Spécificités :

- Femme enceinte (nombre de mois) Victime de violence Handicap/Problème de santé
- Animaux - Type - Nombre Droit de séjour

- Adresse ou Domiciliation :

Autres membres supplémentaires du Ménage :

Nom	Prénom	Sexe	Date de naissance	Lien Parenté	A Charge
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Situation au moment de la demande :

(un choix possible)

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Rue | Hébergement : | <input type="checkbox"/> PEC ASE |
| <input type="checkbox"/> Détention | <input type="checkbox"/> d'insertion <input type="checkbox"/> d'urgence | Hôtel : <input type="checkbox"/> 115 <input type="checkbox"/> hors 115 |
| <input type="checkbox"/> Hébergé par des tiers | <input type="checkbox"/> Location parc privé | <input type="checkbox"/> Logement adapté |
| <input type="checkbox"/> Institutions publiques (Prison / hôpital/ Maison de retraite) | <input type="checkbox"/> Location parc public | <input type="checkbox"/> Autres : |
| | <input type="checkbox"/> Résidence sociale | |

Raisons/Motifs : (un choix possible)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Absence de ressources | <input type="checkbox"/> Expulsion ou Risque d'expulsion |
| <input type="checkbox"/> Arrivée en France | <input type="checkbox"/> Fin de prise en charge ASE |
| <input type="checkbox"/> Sortie détention | <input type="checkbox"/> Violences familiales – conjugales |
| <input type="checkbox"/> Fin d'hospitalisation | <input type="checkbox"/> Séparation ou Rupture des liens familiaux |
| <input type="checkbox"/> Fin d'hébergement tiers | <input type="checkbox"/> Autres : |

Souhait d'hébergement/logement adapté du demandeur :

Centre d'hébergement :

- | | | | | |
|---|-----------------------------|---|--|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Langres : | <u>PHILL</u> | <input type="checkbox"/> Urgence | <input type="checkbox"/> Stabilisation | <input type="checkbox"/> CHRS |
| <input type="checkbox"/> Saint Dizier : | <u>Relais52</u> : | <input type="checkbox"/> Urgence | <input type="checkbox"/> CHRS | |
| | <u>SOS Femmes Accueil</u> : | <input type="checkbox"/> Urgence | <input type="checkbox"/> CHRS | |
| | <u>Clos Mortier</u> : | <input type="checkbox"/> Urgence (spécifique public étranger) | | |
| <input type="checkbox"/> Chaumont : | <u>Relais52</u> : | <input type="checkbox"/> CHRS (passage au préalable en HU sur Saint Dizier) | | |

Logement adapté :

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Langres : | <input type="checkbox"/> Pension de Famille Elsa | <input type="checkbox"/> Autres suggestions (ALT, Baux glissants, autres..) |
| <input type="checkbox"/> Saint Dizier : | <input type="checkbox"/> Pension de Famille Jason | |
| | <input type="checkbox"/> Pension de Famille Colbert | |
| <input type="checkbox"/> Chaumont : | <input type="checkbox"/> Pension de Famille les Pierres Posées | |
| | <input type="checkbox"/> Résidence accueil | |

Résidence sociale :

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Langres : | <input type="checkbox"/> Résidence sociale Jeune Entr « o » PHILL | <input type="checkbox"/> Résidence sociale adulte |
| <input type="checkbox"/> Saint Dizier : | <input type="checkbox"/> le Clos Mortier | ou <input type="checkbox"/> Les Z'apparts |
| <input type="checkbox"/> Chaumont : | <input type="checkbox"/> Résidence sociale Jeune | <input type="checkbox"/> Emmaus |

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

Partie à compléter par les centres d'hébergement

si intégration directe date signature ASH :

date de fin prise en charge ASH :

Parcours Résidentiel

Cochez			PARCOURS RESIDENTIEL SUR LES 4 DERNIERES ANNEES				
Demandeur	Conjoint	Couple	Période (JJ/MM/AAAA)	Lieu (commune - dpt)	Autonome / hébergement (précisez)	Accompagnement social	Motif du départ/ Difficultés rencontrées
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Demande d'hébergement ou de logement en cours

Y a-t-il une ou des demandes de logement déjà en cours ? Oui Non

Si oui, le(s)quel(s) ? Logement autonome Hébergement d'insertion Résidence sociale Pension de Famille FJT Autre :

Bailleurs sociaux sollicités : lesquels

➤ Secteur sollicité :

➤ Type de logement demandé :

➤ En attente d'une proposition : Oui Non

➤ N° Unique d'enregistrement départemental :

Besoin de rester à proximité des enfants / Maintien des Liens : Oui Non

Commentaires :

N° allocateur CAF / MSA :	Demandeur	Conjoint	Enfant(s) ou Tiers
Ressources :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Montant global :	€	€	€
Si oui :			
<input type="checkbox"/> Activité déclarée si oui, laquelle	€	€	€
<input type="checkbox"/> Activité non déclarée :	€	€	€
<input type="checkbox"/> Retraite	€	€	€
<input type="checkbox"/> ARE	€	€	€
<input type="checkbox"/> En attente :	€	€	€
<input type="checkbox"/> Sécurité sociale	€	€	€
<input type="checkbox"/> Indemnités Journalières <input type="checkbox"/> Pension d'invalidité			
<input type="checkbox"/> Minima- sociaux	€	€	€
<input type="checkbox"/> PF <input type="checkbox"/> RSA (socle – majoré – activité)			
<input type="checkbox"/> AAH <input type="checkbox"/> ASS <input type="checkbox"/> ATA <input type="checkbox"/> ADA			
<input type="checkbox"/> Autres :	€	€	€

<u>CHARGES</u>	<u>DETTES</u>
	Dossier de surendettement : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> En cours Date de dépôt : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Proposé par le Travailleur Social

Mesure de Protection Judiciaire / d'accompagnement budgétaire : Oui Non en cours

Proposé par le travailleur social Refusé par le demandeur

Si Oui : type de Mesure

Personne bénéficiant de la mesure :

Nom et coordonnées de la personne/service exerçant la mesure :

Commentaires :

Situation professionnelle

Demandeur	Conjoint
<input type="checkbox"/> Sans Activité : précisez <input type="checkbox"/> Non autorisé à travailler <input type="checkbox"/> Demandeur d'emploi depuis le 22/08/2018 Emploi recherché : Niveau de qualification : <input type="checkbox"/> Retraite <input type="checkbox"/> RQTH : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en cours <input type="checkbox"/> Emploi : <input type="checkbox"/> Salarié <input type="checkbox"/> entrepreneur <input type="checkbox"/> CDI <input type="checkbox"/> Autre précisez contrat <input type="checkbox"/> Du Au <input type="checkbox"/> Temps complet <input type="checkbox"/> temps partiel <input type="checkbox"/> Formation : <input type="checkbox"/> Du Au <input checked="" type="checkbox"/> Temps complet <input type="checkbox"/> temps partiel Lieu d'exercice : Rythme : Mobilité : <input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Transport en commun <input type="checkbox"/> Autre : précisez	<input type="checkbox"/> Sans Activité : précisez <input type="checkbox"/> Non autorisé à travailler <input type="checkbox"/> Demandeur d'emploi depuis le 20/08/2018 Emploi recherché : Niveau de qualification : <input type="checkbox"/> Retraite <input type="checkbox"/> RQTH : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en cours <input type="checkbox"/> Emploi : <input type="checkbox"/> Salarié <input type="checkbox"/> entrepreneur <input type="checkbox"/> CDI <input type="checkbox"/> Autre précisez contrat <input type="checkbox"/> Du Au <input type="checkbox"/> Temps complet <input type="checkbox"/> temps partiel <input type="checkbox"/> Formation : <input type="checkbox"/> Du Au <input type="checkbox"/> Temps complet <input type="checkbox"/> temps partiel Lieu d'exercice : Rythme : Mobilité : <input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Transport en commun <input type="checkbox"/> Autre : précisez

2

Santé

Demandeur	Conjoint
<p><u>Assurance MALADIE / SANTE :</u></p> N°SS : <input type="checkbox"/> Sans couverture <input type="checkbox"/> Régime Générale <input type="checkbox"/> Régime Agricole <input type="checkbox"/> RSI <input type="checkbox"/> CMU <input type="checkbox"/> CMU Complémentaire <input type="checkbox"/> Mutuelle <input type="checkbox"/> Couverture sociale européenne <input type="checkbox"/> Aide médicale Etat (AME) <input type="checkbox"/> Aide complémentaire Santé (ACS) <input type="checkbox"/> Autre Date de fin :	<p><u>Assurance MALADIE / SANTE :</u></p> N°SS : <input type="checkbox"/> Sans couverture <input type="checkbox"/> Régime Générale <input type="checkbox"/> Régime Agricole <input type="checkbox"/> RSI <input type="checkbox"/> CMU <input type="checkbox"/> CMU Complémentaire <input type="checkbox"/> Mutuelle <input type="checkbox"/> Couverture sociale européenne <input type="checkbox"/> Aide médicale Etat (AME) <input type="checkbox"/> Aide complémentaire Santé (ACS) <input type="checkbox"/> Autre Date de fin :

--	--

<u>Constats</u>	<u>Démarches de santé à effectuer ou en cours</u>	<u>Préconisation(s)</u>

Nécessité d'un logement adapté (handicap) : Oui Non Si oui, préciser :

Proximité des établissements de soins : Oui **commune** Non

Commentaires :

Situation Judiciaire

Faites-vous l'objet d'un suivi dans le cadre d'une affaire judiciaire ? oui non

Suivi SPIP : oui non

Obligations Judiciaires : oui non

Commentaires :

Suivi social

Nom du référent	Service	Mesure

Acceptez-vous que nous prenions contact avec les référents indiqués ci-dessus afin d'obtenir leur avis sur votre demande de logement et/ou hébergement ? oui non

Pour toute demande en Logement adapté

- **Type de logement adapté choisi :** Pension de Famille Résidence Accueil

Une rencontre sera organisée entre le personnel du logement adapté, le demandeur et le prescripteur.

- **Accompagnant social (extérieur à la structure de logement adapté) désigné en cas d'admission :**

Référent professionnel en charge de l'accompagnement social durant la période où la personne résidera en logement adapté :

- Nom-Prénom :
- Fonction :
- Organisme / Adresse :
- Tel :
- Mail :

Fait à :

Le : 20/08/2018

Signature du Référént

• **Pièces à fournir avec cette demande :**

- Copie d'une pièce d'état civil
- Attestation d'assuré(e) social(e) et d'assurance complémentaire
- Copie des justificatifs ressources

Une fois, la demande acceptée, une notification sera envoyée au demandeur / prescripteur mentionnant les pièces complémentaires à fournir

- + Copie du dernier avis d'imposition (document à fournir uniquement pour la résidence accueil)
- + RIB
- + Copie intégrale de l'acte de naissance
- + Attestation d'assurance responsabilité civile
- + Copie des justificatifs ressources
- + Copie du dernier avis d'imposition (document à fournir uniquement pour la résidence accueil)

• **Renseignements complémentaires :** (obligatoire pour toute demande en Résidence accueil)

- o Personne à contacter (Famille, Entourage) / Coordonnées :
- o Avez-vous un suivi psychiatrique ? Oui Non
- o Bénéficiez-vous d'une orientation SAVS – SAMSAH ? Oui Non
- o Si, oui est-elle effective ? Oui Non

• **Remarques complémentaires :**

Pour toute demande en logement adapté (suite)

Demandeur :

J'ai bien noté que l'accompagnement social n'est pas réalisé par la structure gestionnaire du logement adapté et que mon référent social en cas d'admission sera :

Je certifie :

- 1) Que les informations données sont exactes,
- 2) Avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement et accepter l'ensemble des dispositions,
- 3) Avoir été informé(e) que l'entrée dans le logement ne pourra avoir lieu qu'après décision de la commission d'admission et le versement d'un dépôt de garantie, la signature du contrat d'occupation et d'un état des lieux

Fait à

Le : 20/08/2018

Signature du Demandeur

Cadre réservé à la structure gestionnaire du logement adapté

- Dossier reçu le : Dossier complet : oui non
- Visite de la structure effectuée :
- Examen de la commission d'admission SIAO le : Décision : Accepté Refusé
- Examen de la commission d'admission interne le : Décision : Accepté Refusé
- Motifs
.....
.....
- Date d'entrée :

CAPACITE A ACCEDER AU LOGEMENT AUTONOME :

DOMAINES DE COMPETENCE	AUTO-EVALUATION PAR LE DEMANDEUR
Gestion financière et administrative	
Avez-vous des Ressources	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Avez-vous des Difficultés financières	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Bénéficiez-vous d'une aide à la gestion budgétaire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Avez-vous un Dossier de surendettement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Savez-vous effectuer vos démarches administratives	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Avec soutien
Savez-vous payer vos factures	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Avec soutien
Savez-vous gérer votre budget	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Avec soutien
Autonomie dans la vie quotidienne -	
Savez-vous :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Avec soutien
Ranger et nettoyer votre logement ?	
Faire fonctionner votre chauffage et votre eau ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Avec soutien
Faire les courses ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Avec soutien
Préparer les repas ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Avec soutien
Etes-vous autonome :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Avec soutien
Pour les horaires (se lever, les rendez-vous, etc...)	
Pour prendre soin de vous (se laver, prendre ses médicament, voir mon médecin)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Avec soutien
Vie sociale et vie familiale	
Avez-vous des contacts avec votre famille	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Avec soutien
Avez-vous des contacts avec des amis ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Avec soutien
Avez-vous des loisirs ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Avec soutien
Aviez-vous de bonnes relations avec vos voisins ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Avec soutien
Commentaires	

Souhaitez-vous, et pensez-vous pouvoir accéder au logement autonome ?

Oui Non

De quoi auriez-vous besoin pour accéder au logement autonome ?

Vie collective

Vie en collectif et souhait de la localité

Accepteriez-vous de partager des pièces de vie commune:

Oui Non

Pensez-vous participer à la vie collective :

Oui Non

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

Oui Non

Si oui : nom, fonction, structure du référent désigné :

PROJET PERSONNEL : souhaits / attentes

Demandeur	Conjoint ou concubin
<u>Logement / Hébergement</u> :	<u>Logement / Hébergement</u> :
<u>Emploi / Formation</u> :	<u>Emploi / Formation</u> :
<u>Santé</u> :	<u>Santé</u> :
<u>Social / Vie quotidienne</u> :	<u>Social / Vie quotidienne</u> :
Enfant(s)	

Libre expression :

La personne/la famille est-elle en capacité d'accéder à un logement autonome

Oui Non à confirmer

▪ Parcours résidentiel et/ou institutionnel :

▪ Gestion financière et administrative :

Emploi / Formation :

▪ Santé :

▪ Justice :

▪ Vie sociale et vie familiale :

▪ Gestion de la vie quotidienne et d'un Logement :

▪ Accompagnement social recommandé :

Mesures d'accompagnement à envisager : (Précisez) :

EXPRESSIONS LIBRES : (A compléter par le prescripteur – obligatoire)

Signature du référent du dossier

Je déclare avoir été informé(e) de la procédure de demande de logement ou hébergement, et accepte que les éléments de ce dossier soient communiqués aux membres de la Commission Partenariale D'Orientation du SIAO 52 ainsi que les partenaires sociaux susceptibles de m'accompagner dans ma demande.

Signature du demandeur :

Les informations personnelles portées à ce dossier sont enregistrées dans un logiciel (SI SIAO) et destiné à des fins statistiques anonymisées transmis à la DDCSPP (Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations de la Haute-Marne). par l'Association la Passerelle. Nous traiterons ou n'utiliserons vos données que dans la mesure où cela est nécessaire pour améliorer votre prise en charge et avoir un suivi lié à votre parcours d'hébergement et logement adapté. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à : Association La Passerelle 18 rue Félix Bablon 52000 Chaumont. Vos informations personnelles seront conservées aussi longtemps que nécessaire pendant la durée de 5 ans. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.