

ENDETTEMENT

- Pas d'endettement
- Moins de 760 €
- Entre 760 et 1525 €
- Entre 1525 et 3050 €
- > à 3050 €
- Montant inconnu
- Dossier de surendettement déposé

PASSE ASE

- Antécédent de placement Mme M.
- Antécédent CJM

JUSTICE

- Antécédents judiciaires
- Suivi de probation

Obligations judiciaires :

ADMINISTRATIF

- Mme M.
- C.N.I.
- C.M.U. de base ou CPAM classique
- C.M.U. complémentaire
- Mutuelle
- Compte bancaire ou postal
- Reconnaissance de la MDPH
- ANPE
- R.S.A.
- Contrat d'insertion

Situation au regard des dispositifs d'aide et d'accès au logement

- Oui Non
- F.S.L. :
- Date de dépôt : _____
- Demande de logement
- Organisme : _____
- Dossier DALO déposé :
- Date de dépôt : _____
- Requalification en DAHO
- Dossier DAHO déposé :
- Date de dépôt : _____

SANTE Mme/Melle

- Oui Non
- Suivi médecin traitant
- Suivi service hospitalier
- Suivi CMP
- Médecin traitant : _____
- Service : _____
- Médecin : _____
- A.S. référente : _____

M. Oui Non

- Oui Non
- Suivi médecin traitant
- Suivi service hospitalier
- Suivi CMP
- Médecin traitant : _____
- Service : _____
- Médecin : _____
- A.S. référente : _____

SANTE Enfant

- Oui Non
- Suivi médecin traitant
- Suivi service hospitalier
- Suivi CMP
- Suivi PME

- Médecin traitant : _____
- Service : _____
- Médecin : _____
- A.S. référente : _____

Problématiques repérées :**Addictologie**

- Mme/Melle M. Enfant
- Dont alcool Dont toxicomanie
- Dont conduites alimentaires Dont autres addictions
- préciser : _____
- Santé mentale**
- Dont souffrance psychique Dont handicap mental
- Dont troubles du comportement

Violences et maltraitances

- Handicap physique**
- Autres pathologies**
- Etat physique dégradé (plaies,..)
- préciser : _____

RESEAU RELATIONNEL

- Personne isolée Personne ayant des liens amicaux Personne ayant des liens familiaux

Personne à prévenir en cas d'accident :

**Structure concernée**

.....

.....

DEMANDE D'ACCUEIL, ORIENTATION ET ADMISSION

Le/...../.....

Travailleur Social :

MADAME /MADEMOISELLE	MONSIEUR
NOM :	NOM :
PRENOM :	PRENOM :
Date de Naissance :/...../.....	Date de Naissance :/...../.....
Lieu de Naissance :	Lieu de Naissance :
Numéro de Téléphone :	Numéro de Téléphone :

SITUATION FAMILIALE

- Célibataire
- Marié
- Veuf
- Divorcé
- Vie maritale
- Concubinage / Pacsé
- Séparé
- En instance de divorce
- Autre

DERNIERE ADRESSE CONNUE

TRANCHES D'AGE

(indiquer l'âge exact de la personne)

	Mme/ Melle	M.
- 18 ans		
18 à 21 ans		
22 à 25 ans		
26 à 35 ans		
36 à 45 ans		
46 à 54 ans		
55 à 59 ans		
+ 60 ans		

RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX ENFANTS

	1er	2ème	3ème	4ème	5ème	6ème
Nom						
Prénom						
Date de naissance						
sexe						

SITUATION PAR RAPPORT AUX ENFANTS**DROITS PAR RAPPORT AUX ENFANTS**

Nombre d'enfants à charge :	Droit de garde <input type="checkbox"/>	Droit de visite <input type="checkbox"/>
Nombre d'enfants avec l'autre parent :	Droit d'hébergement <input type="checkbox"/>	Jours :
Nombre d'enfants placés (justice) :	Le week-end <input type="checkbox"/>	1 week end sur 2 <input type="checkbox"/>
Nombre d'enfants placés (A.P.) :	Mois de vacance :	
Nombre d'enfants indépendants :		

- Dossier à transmettre au SIAO par fax : 03.21.43.85.80 ou par mail apsa-sao@nordnet.fr

ORIGINE DE LA DEMANDE

Demande directe		STRUCTURE D'HEBERGEMENT		AUTRES ASSOCIATIONS	
115		HU		Réseau Le Cheval Bleu	
Equipe de Rue		HS		Autre (à préciser)	
Famille, amis		CHRS		AUTRES	
CCAS		SERVICE HOSPITALIER : CHL		Police, pompiers, gendarmerie	
SSD – MDS		PASS, Urgences		Missions Locales	
Autre S.A.O.		Pussin ou CMP ou EPSM		Organismes de formation et d'insertion	
Assoc. habilitées « justice »		Le Square ou SST ou SCPAA			
Ets pénitentiaire		Autre		Précisez :	
Service social CAF		ETABLISSEMENTS DE SANTE : AUTRES CENTRE DE SOINS,...		Référent : _____	
Associations tutélaires		Sellier, Ey Carvin ou CMP		Adresse : _____	
Associations caritatives		Marronniers ou CMP			
Ets pour personnes handic.		Les Erables		Tél : _____	
Ets pour personnes âgées		Autre			

TYPE DE SUIVI SOCIAL

CCAS	<input type="checkbox"/>	Précisez	
Service social départemental	<input type="checkbox"/>	Référent : _____	
Service social CAF	<input type="checkbox"/>	Adresse : _____	
Associations tutélaires	<input type="checkbox"/>	_____	
Associations habilitées « justice »	<input type="checkbox"/>	Tél. : _____	
Associations caritatives	<input type="checkbox"/>		
Autres associations (à préciser)	<input type="checkbox"/>	_____	

ORIGINE GEOGRAPHIQUE

Département du PAS-DE-CALAIS	Arrondissement de LENS	Communaupôle LENS-LIEVIN*	Ville de LENS	
			Autre*	
	Hors arrondissement	Communauté d'Agglomération HENIN-CARVIN*		
		Arrondissement d'ARRAS et Communaupôle LENS-LIEVIN*		
		Arrondissement d'ARRAS et Communauté d'Agglomération HENIN-CARVIN*		
		Autre arrondissement : Précisez* :		
Département du NORD				
Hors région				
Union européenne				
Hors union européenne				

MOTIF DE LA DEMANDE

VIOLENCE

Conjugale	<input type="checkbox"/>
Familiale	<input type="checkbox"/>

SANTE

Alcool	<input type="checkbox"/>
Toxicomanies	<input type="checkbox"/>
Souffrances psychiques	<input type="checkbox"/>

LOGEMENT

Expulsion ou menace d'expulsion	<input type="checkbox"/>	Recherche d'emploi sur le secteur	<input type="checkbox"/>
Décohabitation (rupture familiale ou conjugale)	<input type="checkbox"/>	Recherche autonomie	<input type="checkbox"/>
Logement insalubre	<input type="checkbox"/>	Accès aux droits	<input type="checkbox"/>
Hébergement chez un tiers (sans domicile propre)	<input type="checkbox"/>	Gens du voyage	<input type="checkbox"/>
Sans domicile fixe	<input type="checkbox"/>	Problème de ressources	<input type="checkbox"/>
Sortie d'hébergement d'urgence	<input type="checkbox"/>	Arrivée en France, demandeur d'asile, ressortissant hors CEE	<input type="checkbox"/>
Sortie d'hébergement de stabilisation	<input type="checkbox"/>	Sortie d'établissement de la protection de l'enfance, ou famille d'accueil	<input type="checkbox"/>
Sortie d'hébergement d'insertion	<input type="checkbox"/>	Non renseigné	<input type="checkbox"/>
Sortie de prison	<input type="checkbox"/>	Demandeurs d'asile	<input type="checkbox"/>
Sortie d'établissement pour personnes âgées	<input type="checkbox"/>	CNI <input type="checkbox"/>	Carte résident 10 ans <input type="checkbox"/>
Sortie d'établissement pour personnes handicapées	<input type="checkbox"/>	A.P.S. <input type="checkbox"/>	Recours CNDA <input type="checkbox"/>
Sortie de lits Halte Soins Santé	<input type="checkbox"/>	Autres recours <input type="checkbox"/>	Non renseigné <input type="checkbox"/>
Sortie d'hôpital	<input type="checkbox"/>		

- Préciser le nom de l'HU, HS, HI : _____

- Préciser le nom de l'établissement spécialisé : _____

HEBERGEMENT PRECEDENT

Domicile personnel (bailleur social)*	<input type="checkbox"/>	FJT*	<input type="checkbox"/>
Domicile personnel (bailleur privé)	<input type="checkbox"/>	ALT*	<input type="checkbox"/>
Propriétaire	<input type="checkbox"/>	Résidence sociale*	<input type="checkbox"/>
Domicile des parents ou de la famille	<input type="checkbox"/>	Maison Relais*	<input type="checkbox"/>
Hébergement par des tiers	<input type="checkbox"/>	Résidence d'Accueil*	<input type="checkbox"/>
Nuitées d'hôtel*	<input type="checkbox"/>	Etablissement sanitaire	<input type="checkbox"/>
Hébergement d'urgence*	<input type="checkbox"/>	Prison	<input type="checkbox"/>
Hébergement de stabilisation*	<input type="checkbox"/>	Etablissement médico-social pour handicapés*	<input type="checkbox"/>
Hébergement d'insertion*	<input type="checkbox"/>	Etablissement médico-social pour personnes âgées*	<input type="checkbox"/>
Lits Halte Soins Santé*	<input type="checkbox"/>	Hébergement mobile ou de fortune (caravane, camping, squat, ...)	<input type="checkbox"/>
Etablissement ou accueil familial dans le cadre de la protection de l'enfance*	<input type="checkbox"/>	Sans domicile (rue, voiture, ...)	<input type="checkbox"/>
Hebergé en Plan Grand Froid	<input type="checkbox"/>		

Préciser le nom de la structure : _____

RUPTURE D'HEBERGEMENT/LOGEMENT

Pas encore de rupture	<input type="checkbox"/>	Entre un et trois mois	<input type="checkbox"/>
Ce jour	<input type="checkbox"/>	Entre trois mois et un an	<input type="checkbox"/>
Moins d'une semaine	<input type="checkbox"/>	Entre un et trois ans	<input type="checkbox"/>
Entre une semaine et un mois	<input type="checkbox"/>	Plus de trois ans	<input type="checkbox"/>

NIVEAU DE QUALIFICATION

	Mme/Melle	M.		
Illettrisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Qualification précise	
Analphabétisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Madame/Mademoiselle	Monsieur
Niveau VI, avant 3 ^{ème}	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Niveau V bis, niveau CAP BEP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Niveau V CAP BEP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Niveau IV Brevet Technique, BAC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Niveau III Bac + 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Niveau II Bac + 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Niveau I Bac + 4 et plus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

PARCOURS PROFESSIONNEL

	Mme/Melle	M.		Mme/Melle	M.
Jamais travaillé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Emplois précaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	moins de 3 mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A la recherche d'un emploi indemnisé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	de 3 mois à 1 an	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A la recherche d'un emploi non indemnisé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	plus d'un an	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CDD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
CDI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
En formation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

EXPERIENCES PROFESSIONNELLES :

EMPLOI AU JOUR DE LA DEMANDE

	Mme/Melle	M.	Montant : _____€	Mme/Melle	M.
CDI Temps plein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sans ressources	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Temps partiel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En attente de ressources	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CDD Temps plein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	R.S.A. majoré ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Temps partiel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RSA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contrat aidé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Indemnités journalières	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Activité d'insertion (chantier école, AI, EI, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A.A.H.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Formation qualifiante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ASSEDIC, A.I. ATA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Demandeur d'emploi longue durée (+ 1 an)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prestations Familiales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Demandeur d'emploi de – de 1 an	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Revenus d'activité ou de stage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Autre (retraite, pension d'invalidité...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si salarié, < seuil de pauvreté

NATURE DES RESSOURCES

précisez : _____