(**Version février 2016)**

|  |
| --- |
| **FICHE D’EVALUATION SOCIALE** |
| Date de la demande : |
| Transmission par email : siao-84@orange.fr |
| **NOM du demandeur :**  |

|  |
| --- |
| **ORIGINE DE L’ORIENTATION** |
| Identité du Service et/ou de l’Association : Nom et Fonction du Prescripteur : Adresse : Tel : Email :  |

|  |
| --- |
| Autre référent social connu : |
| **DEMANDE** |
| Chaque dispositif est spécifique, afin de garantir une orientation adaptée à la situation de la personne, merci de vous référer à leur définition. **(ne remplir que la demande concernée à partir de la page 6)** |
|  **HEBERGEMENT**[ ]  | **LOGEMENT ADAPTE**[ ] **(logement accompagné)** | **ASVDL** [ ] **(Accompagnement Vers et Dans le Logement)** | **LOGEMENT** [ ]  |
| **Secteur géographique souhaité (si plusieurs secteurs merci d’indiquer un ordre de priorité) :**  |
| **MOTIFS DE LA DEMANDE**  |
| [ ]  Absence ou insuffisance de ressources [ ]  Séparation [ ]  Changement de dispositif [ ]  Victime de violence[ ]  Sortie de structure sociale /hébergement d’urgence [ ]  Fin d’incarcération [ ]  Sortie structure de soins [ ]  Fin de prise en charge ASE [ ]  Expulsion parc public *(précisez le stade de la procédure)* : [ ]  Hébergé par tiers/famille[ ]  Expulsion parc privé *(précisez le stade de la procédure) :* [ ]  Sans hébergement / logement [ ]  Logement indigne *(arrêté d’insalubrité ou d’indécence, démarches en cours…)* [ ]  Autre  |

|  |
| --- |
|  **IDENTIFICATION DU / (DES) DEMANDEUR(S)** |
| Homme Seul [ ]  *Si enfants, nombre :* | Femme Seule [ ]   *Si enfants, nombre :* |
| Couple [ ]   *Si enfants, nombre :* | Famille [ ]  *Si enfants, nombre :* |
| Avec animaux : Oui [ ]  Non [ ]  Si oui, précisez : |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **LE DEMANDEUR** | **LE CO-DEMANDEUR** |
| **Nom** |   |  |
| **Prénom** |  |  |
| **Sexe** | F [ ]  M [ ]  | F [ ]  M [ ]  |
| **Date et Lieu****de Naissance** |  |  |
| **Age** |  |  |
| **Nationalité** | F [ ]  U.E [ ]  Hors U.E [ ] *Si nationalité hors U.E :**Nature du titre de séjour :**Durée de validité du titre :* *Date de fin :*  | F [ ]  U.E [ ]  Hors U.E [ ] *Si nationalité hors U.E :**Durée de validité du titre :* *Nature du titre de séjour :**Date de fin :* |
| **Justificatif d’identité** | Oui [ ]  Non [ ]  Type :  | Oui [ ]  Non [ ]  Type : |
| **Situation** | Célibataire [ ]  Marié(e) [ ]  Pacsé(e) [ ]  Vie Maritale [ ]  Séparé(e) [ ]  Divorcé(e) [ ]  Veuf /ve [ ]   | Célibataire [ ]  Marié(e) [ ]  Pacsé(e) [ ]  Vie Maritale [ ]  Séparé(e) [ ]  Divorcé(e) [ ]  Veuf /ve [ ]  |
| **Adresse ou domiciliation****Lieu de vie actuel /domiciliation administrative*****Si le courrier doit être envoyé à une autre adresse : précisez*** |  |
| **Téléphone** |  |
| **Mesure de Protection**  | Oui [ ]  Non [ ]  Si oui, précisez le type de mesure : Mandataire désigné : |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Prise en charge au titre de l’ASE** | Oui [ ]  Non [ ]  Si oui jusqu’à**:** |  |
| **N° Allocataire** | [ ]  CAF : [ ]  MSA : |

|  |
| --- |
| **LES ENFANTS** |
|  | **Nom** | **Prénom** | **Sexe** | **Date de Naissance** | **Situation (à charge, droit de visite ou d’hébergement, garde alternée)** |
| 1 |  |  | F [ ]  M [ ]  |  |  |
| 2 |  |  | F [ ]  M [ ]  |  |  |
| 3 |  |  | F [ ]  M [ ]  |  |  |
| 4 |  |  | F [ ]  M [ ]  |  |  |
| 5 |  |  | F [ ]  M [ ]  |  |  |
| A naître (date prévue)  |
|  |

**SITUATION ADMINISTRATIVE**

|  |  |
| --- | --- |
| Avis d’impositionN-2N-1 | Oui [ ]  Non [ ]  Oui [ ]  Non [ ]   |
| Documents attestant de la situation familiale *(dépôt de plainte si violence, ordonnance de non-conciliation, jugement de divorce, jugement concernant les enfants…)* |  |

Possibilité de produire des justificatifs : oui [ ]  non [ ]

**SANTE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  | **LE DEMANDEUR** | **LE CO-DEMANDEUR** | **Autre personne à charge :** Précisez : |
| Couverture médicaleRégime (CPAM, MSA…) Complémentaire santé | Oui [ ]  Non [ ] ………………………………Oui [ ]  Non [ ]  | Oui [ ]  Non [ ] ……………………………… Oui [ ]  Non [ ]   | Oui [ ]  Non [ ] ………………………… Oui [ ]  Non [ ]   |
| Suivi médical en cours | Oui [ ]  Non [ ]  | Oui [ ]  Non [ ]   | Oui [ ]  Non [ ]   |
| *Si oui préciser* :Service ou Structure |  |  |  |
| Etat de santé nécessitant un hébergement ou un logement adapté au handicap | Oui [ ]  Non [ ]  | Oui [ ]  Non [ ]  | Oui [ ]  Non [ ]  |
|  |  |

**SITUATION PROFESSIONNELLE**

|  |  |
| --- | --- |
|  **LE DEMANDEUR** |  **LE CO-DEMANDEUR** |
| EMPLOI [ ]  * CDI [ ]
* CDD/Saisonnier/Interim [ ]

Date de début …………………………….Date de fin ………………………………..* Apprenti/Stagiaire [ ]
 | EMPLOI [ ] * CDI [ ]
* CDD/Saisonnier/Interim [ ]

Date de début ……………………………. Date de fin ………………………………..* Apprenti/Stagiaire [ ]
 |
| DEMANDEUR D’EMPLOI [ ]  Projet professionnel en cours [ ]  | DEMANDEUR D’EMPLOI [ ] Projet professionnel en cours [ ]  |
| RETRAITE [ ]  | RETRAITE [ ]  |
| SANS ACTIVITE [ ]  | SANS ACTIVITE [ ]  |

**RESSOURCES**

|  |  |
| --- | --- |
| **LE DEMANDEUR** | **LE CO-DEMANDEUR** |
| **Revenus** | **Montant** | **Date de début** | **Date de fin** | **Revenus** | **Montant** | **Date de début** | **Date de fin** |
| Salaire |  |  |  | Salaire |  |  |  |
| Prestations Familiales *(Précisez)*•• |  |  |  | Prestations Familiales *(Précisez)*•• |  |  |  |
| Prestations Pôle Emploi (*ARE, ASS, ATA,…)* |  |  |  | Prestations Pôle Emploi (*ARE, ASS, ATA,…)* |  |  |  |
| RSA |  |  |  | RSA |  |  |  |
| AAH |  |  |  | AAH |  |  |  |
| Garantie Jeune |  |  |  | Garantie Jeune |  |  |  |
| Retraite |  |  |  | Retraite |  |  |  |
| Indemnités journalières |  |  |  | Indemnités journalières |  |  |  |
| Pension d’invalidité |  |  |  | Pension d’invalidité |  |  |  |
| Pension alimentaire |  |  |  | Pension alimentaire |  |  |  |
| Autre (Précisez) |  |  |  | Autre (Précisez) |  |  |  |
| Justificatifs disponibles : oui [ ]  non [ ] Ressources futures envisagées : |

**ENDETTEMENT**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **LE DEMANDEUR** | **LE CO-DEMANDEUR** |
| Crédits | Oui [ ]  Non [ ]  | Oui [ ]  Non [ ]  |
| Immobilier [ ] Consommation [ ] Prêt CAF [ ] Autre [ ]  |  |  |
| Dettes |  Oui [ ]  Non [ ]  | Oui [ ]  Non [ ]  |
| Echéances non soldées [ ] Loyers [ ] Assurance [ ] Energie [ ] Trésor Public [ ]  |  |  |
| Gestion de la dette *(plan d’apurement, surendettement, accompagnement budgétaire,…)* | Oui [ ]  Non [ ]  | Oui [ ]  Non [ ]  |
|  Si Banque de France : Date du dépôt du dossier Décision (moratoire, PRP et si plan joindre le détail [échéance mensuelle des différents palliers] |  |  |
| Aides antérieures sollicitées *(FSL, Locapass,… date, soldées ou non )* |  |  |
| Mesure d’accompagnement *(MASP, MAJ…..)* | Oui [ ]  Non [ ]   | Oui [ ]  Non [ ]   |
| Précisez *(type d’accompagnement et organisme)* |  |  |

**PARCOURS HEBERGEMENT/LOGEMENT**

|  |
| --- |
| [ ]  **Jamais locataire** |
| Parcours locatif antérieur *(nombre d’années, paiement loyer, arriérés non soldés ou remises…..)*Situation relative aux baux antérieurs *(****bail conjoint, désolidarisation du bail, préavis...****)* | Motif du départ |
| Période |  |  |
|  |  |  |
| Parcours hébergement antérieur | Motif du départ |
| Période |  |  |
|  |  |  |

**DEMANDE D’HEBERGEMENT**

*Pour connaître les possibilités d’hébergement et d’accompagnement, vous référer à la notice.*

* **Type d’hébergement recherché**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Collectif [ ]  | Diffus [ ]  | Partagé [ ]  |

* **Accompagnement recherché** *(veuillez préciser)*

|  |  |
| --- | --- |
| Présence des professionnels(besoin d’une présence continue ou ponctuelle) |  Oui [ ]  Non [ ]  A vérifier/définir [ ]  |
| Soutien à la vie quotidienne (hygiène, alimentation, entretien…) |  Oui [ ]  Non [ ]  A vérifier/définir [ ]  |
| Accompagnement social(démarches diverses, administration, gestion du budget…) |  Oui [ ]  Non [ ]  A vérifier/définir [ ]  |

**DEMANDE DE LOGEMENT ADAPTE (Accompagné)**

* **Compétences et difficultés motivant la demande de logement adapté :**

|  |  |
| --- | --- |
| Besoin de lieu et de temps collectifs [ ]   | Besoin d’accompagnement : vie quotidienne / accompagnement social [ ]  |
| Besoin de consolidation dela situation financière et administrative [ ]   | Besoin d’une transition avant l’accès au logement autonome [ ]  |
| Pour une saisine du dispositif Autonomie Logement des Jeunes Suivi Mission LocalePour le projet professionnel, se référer à la Mission Locale [ ]    | Besoin en accompagnement (accès aux droits, gestion de la vie quotidienne, appropriation du logement, solvabilité, accès aux soins, communication, soutien à la parentalité,…) [ ]  |

En fonction des informations précédentes, quel est le dispositif sollicité :

*(Pour chaque dispositif se référer à l’annexe)*

[ ]  Maison Relais [ ]  Résidence Sociale

[ ]  Maison Relais Spécialisée [ ]  ALJ (Autonomie Logement des Jeunes)

[ ]  Intermédiation Locative (IML)

[ ]  FJT (ALT)

**DEMANDE D’ASVDL (Accompagnement Vers et Dans le Logement)**

***Ce dispositif ne s’adresse pas aux personnes actuellement hébergées en CHRS***

|  |
| --- |
|  **OUI NON A DEFINIR** |
| Demande de la personne |  [ ]  [ ]  [ ]  |
| Adhésion à l’accompagnement |  [ ]  [ ]  [ ]  |
| Besoin d’accompagnement en amont de l’accès : élaboration du projet, stabilisation de la situation, ouverture de droits, recherche, budget |  [ ]  [ ]  [ ]  |
| Besoin d’accompagnement au moment de l’accès : financement, ouverture des compteurs, assurance, état des lieux,… |  [ ]  [ ]  [ ]  |
| Besoin d’accompagnement dans le logement : investissement, pérennisation, prise en compte de l’environnement (voisins, quartier…) |  [ ]  [ ]  [ ]  |

**DEMANDE DE LOGEMENT**

|  |
| --- |
| PRECISER |
| Numéro Unique DépartementalSi Oui indiquer le nom du/des bailleur(s) | Oui [ ]  N° : Non [ ] *Date de fin :*OPH Avignon [ ]  Grand Delta Habitat [ ]  Mistral Habitat [ ]  Erilia [ ]  Autre [ ] (*précisez) :*   |
| Loyer maximum chargé souhaitéAide au logement (AL, APL)Financement envisagéAides à solliciter  |  |
| Localisation (s) souhaitée (s)Besoins en terme de proximité / d’éloignement (famille, emploi, soins…) |  |
| Typologie souhaitéeLogement adapté au handicapPossibilité d’accéder à l’étage |  |
| Démarches engagées  (lesquelles), projet d’habiter, ARL, AIVS® Soligone…. |  |

**SYNTHESE DE LA PRÉCONISATION**

|  |
| --- |
| **EXPRESSION DE LA PERSONNE RENCONTREE**  |
|  |
| **MOTIVATION DE LA DEMANDE D’HEBERGEMENT/DE LOGEMENT ADAPTE/LOGEMENT****Spécificités à prendre en compte**A remplir par le travailleur social |
|  Evènement caractéristiques spécifiques ayant une incidence sur le projet hébergement/logement* *Parcours locatif et/ou d’hébergement*
* *Parcours familial, histoire*
* *Parcours professionnel*
* *Autres démarches significatives dans le choix*

*« J’atteste sur l’honneur l’exactitude des informations que j’ai fournies et j’autorise la transmission des éléments de mon dossier aux organismes sollicités, dans le respect des dispositions de la loi du 6 février 1978 relative à l’informatique et aux libertés »* |

Signature du demandeur Signature de l’instructeur