(**Version février 2016)**

|  |
| --- |
| **FICHE D’EVALUATION SOCIALE** |
| Date de la demande : |
| Transmission par email : [siao-84@orange.fr](mailto: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’imposition  N-2  N-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 médicale  Régime (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 de  la 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 Locale  Pour 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 Départemental  Si 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 souhaité  Aide au logement (AL, APL)  Financement envisagé  Aides à solliciter |  |
| Localisation (s) souhaitée (s)  Besoins en terme de proximité / d’éloignement (famille, emploi, soins…) |  |
| Typologie souhaitée  Logement adapté au handicap  Possibilité 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