

Formulaire de demande unique SIAO 11

Contact du SIAO 11 : [04.68.10.05.98](tel:04.68.10.05.98)

Formulaire à retourner à cette adresse : audesiao11@gmail.com

Nom(s)/Prénoms(s) du (des) demandeurs :

DONNÉES PERSONNELLES

Nous vous rappelons que votre dossier est traité grâce à un système informatique conforme aux droits des personnes, et aux exigences de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL). Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition des données vous concernant selon la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée le 6 août 2004 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Ce document ne pourra être utilisé que dans le cadre de la demande d'hébergement/logement adapté de la personne. Ces informations ne seront transmises qu'aux professionnels et services concernés par la demande. La personne doit être informée de son existence et de son contenu. Elle devra prendre connaissance des informations la concernant et devra valider sa diffusion par sa signature.

Je donne mon accord pour que le SIAO puisse contacter les professionnels qui m'accompagnent dans mes démarches → **En cas de refus cela peut vous pénaliser dans le traitement de votre demande et donc dans la réponse de la commission décisionnaire d'orientation.**

Je soussigné(e) M/Mme _____ déclare avoir pris connaissance des droits concernant les informations personnelles contenues dans ce document. J'autorise leur diffusion dans le cadre de ma demande d'hébergement / logement adapté.

Fait à :

Le :

Signature du demandeur :

Signature du travailleur social :

Date de la demande :

Transmise par : Mail Courrier

PRESCRIPTEUR

Nom du travailleur social :
En qualité de :
Nom de l'organisme de rattachement :
Coordonnées téléphoniques :
Adresse :
CP :
Commune :

IDENTITE

LE DEMANDEUR

M. Mme

Nom :
Nom de naissance :
Prénom :
Date de naissance :
Lieu de naissance :
Nationalité :
Si nationalité hors UE:
Type de titre de séjour :
Nombre de titres de séjour délivrés à ce jour :
Autorisation de travail :
Date de fin de validité du titre de séjour :
Préfecture de rattachement :

Situation de famille :
Date de l'évènement (*mariage, PACS, divorce, ...*) :
Si votre situation est en cours de changement, merci de bien vouloir l'indiquer :

LE CONJOINT / CODEMANDEUR

M. Mme

Nom :

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Nationalité :

Si nationalité hors UE :

Type de titre de séjour :

Nombre de titres de séjour délivrés à ce jour :

Autorisation de travail :

Date de fin de validité du titre de séjour :

Préfecture de rattachement :

ENFANTS

	Nom	Prénom	Sexe	Date de naissance	Situation (à charge, droit de visite ou d'hébergement, garde alternée, ...)
1			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		
2			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		
3			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		
4			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		
5			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		
6			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		

Enfant à naître (*date prévue*) :

COORDONNEES

Adresse / Domiciliation actuelle du demandeur :

N° :

Rue :

Code postal :

Commune :

Compléments d'adresse :

Téléphone fixe :

Téléphone mobile :

E-mail :

Téléphone du conjoint/co-demandeur :

RESSOURCES

Ressources nettes mensuelles de toutes les personnes devant habiter dans le logement

	Le Demandeur (en €/mois)	Le Conjoint (en €/mois)	Autres (en €/mois)
Salaires nets mensuels			
Pension retraite			
Indemnités Pôle Emploi			
Pension alimentaire reçue			
Allocation Adulte Handicapé (AAH)			
Revenu de solidarité Active (RSA)			
Allocation de soutien familial			
Autres ressources hors aide au logement (<i>précisez</i>)			
Allocations familiale (<i>hors aide au logement</i>)			
Prestation d'accueil pour jeune enfant (PAJE)			
Complément familial			
Allocation Retour Emploi (ARE)			
Garantie Jeune			
Allocation de Solidarité aux Personnes Agées (ASPA)			
Pension d'invalidité			
Indemnités journalières			
Bourse d'études			
Aide au logement (APL, ALF, ALS)			
Autre, <i>précisez</i> :			
Total mensuel (€)			

SITUATION FINANCIERE		
	Le Demandeur (en €/mois)	Le Conjoint / Codemandeur (en €/mois)
Charges fixes mensuelles	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <i>Précisez nature et montant :</i>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <i>Précisez nature et montant :</i>
Crédits	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <i>Précisez nature et montant :</i>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <i>Précisez nature et montant :</i>
Dettes	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <i>Précisez nature et montant :</i>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <i>Précisez nature et montant :</i>
Gestion de la dette (plan d'apurement, surendettement, accompagnement budgétaire, ...)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <i>Précisez :</i>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <i>Précisez :</i>
Banque de France, date du dépôt du dossier		

MESURE D'ACCOMPAGNEMENT	
Le Demandeur	Le Conjoint / Codemandeur
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Nom de la mesure (MASP, Tutelle, Curatelle ...) : Nom du professionnel : Nom de la structure :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Nom de la mesure (MASP, Tutelle, Curatelle, ...) : Nom du professionnel : Nom de la structure :

SITUATION PROFESSIONNELLE	
Le Demandeur	Le Conjoint / Codemandeur
Emploi : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, lequel : Nom et adresse du lieu de travail : Type de contrat : Date de début : Date de fin :	Emploi : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, lequel : Nom et adresse du lieu de travail : Type de contrat : Date de début : Date de fin :
Demandeur d'emploi <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Date d'inscription :	Demandeur d'emploi : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Date d'inscription :
Retraite <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Sans activité <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Date dernier emploi occupé :	Retraite <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Sans activité <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Date dernier emploi occupé :
Votre employeur cotise-t-il au 1% logement ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Préfecture :	Votre employeur cotise-t-il au 1% logement ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Préfecture :

SITUATION PERSONNELLE : Famille/Réseau			
Avez-vous de la famille : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas			
Si oui : Lien existant			
	Oui	Non	Observations
Père	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sœur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Frère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avez-vous des connaissances proches (amis/voisins...) pouvez-vous préciser :			
Présence d'animaux : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, précisez (chien, chat, ...) : Nombre : Si chien, est-il catégorisé ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, a-t-il les papiers à jour ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Permis de conduire : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Moyen de locomotion : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, Précisez :			

SITUATION AU REGARD DU LOGEMENT/ HEBERGEMENT AU MOMENT DE LA DEMANDE

Sans logement <input type="checkbox"/> Si oui, <input type="checkbox"/> Occupant de squat <input type="checkbox"/> Abri de fortune <input type="checkbox"/> Autre, précisez :	Logement autonome <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Public <input type="checkbox"/> Privé
Hébergement d'insertion, ou de stabilisation <input type="checkbox"/> Si oui, Nom et Adresse :	Hébergement d'urgence <input type="checkbox"/> Si oui, Nom et Adresse :
Pension de Famille <input type="checkbox"/> Si oui, Nom et Adresse :	Logement temporaire (ex : Résidence sociale, ALT, ...) <input type="checkbox"/> Si oui, Nom et Adresse :
Hébergement chez de la famille <input type="checkbox"/>	Hébergement par des tiers <input type="checkbox"/>
Structure médico-sociale (ex: LHSS, IME, FAM, SSR, ...) <input type="checkbox"/> Si oui, Nom et Adresse :	Structure sociale (ex: Centre parental, MECS, CADA, CPH, ...) <input type="checkbox"/> Si oui, Nom et Adresse :
Structure judiciaire <input type="checkbox"/>	Autre <input type="checkbox"/> Précisez :
Précisions éventuelles :	
Demandes déposées auprès de bailleurs publics : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En cours Si oui, précisez : <input type="checkbox"/> HABITAT AUDOIS <input type="checkbox"/> ALOGEA <input type="checkbox"/> MARCOU HABITAT <input type="checkbox"/> DOMITIA HABITAT <input type="checkbox"/> ERILIA <input type="checkbox"/> DOMICIL <input type="checkbox"/> FDI HABITAT <input type="checkbox"/> TROIS MOULINS HABITAT <input type="checkbox"/> Gpe I3F – IMMOBILIERE MEDITERRANEE	
Date de dépôt de la demande : N° unique départemental :	
Saisine du DALO / DAHO / Réservation préfectorale : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En cours Si oui, précisez : Décision :	

PARCOURS LOCATIF ANTERIEUR (nombre d'années, paiement des loyers,...)		
Période	Type et lieu du logement	Motif du départ

PARCOURS HEBERGEMENT ANTERIEUR		
Période	Type et lieu de l'hébergement	Motif du départ

SUIVIS SOCIAUX	
Suivis sociaux en cours	<i>Si oui, précisez</i> la structure et le nom du référent :
Suivis sociaux antérieurs	<i>Si oui, précisez</i> la structure et le nom du référent :

SANTÉ		
	Le Demandeur	Le Conjoint / Codemandeur
. Couverture médicale Si oui, laquelle : Régime (CPAM, MSA...) . Complémentaire santé	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Suivi médical en cours Si oui, précisez : <input type="checkbox"/> Médecin généraliste <input type="checkbox"/> Médecin psychiatre <input type="checkbox"/> Psychologue <input type="checkbox"/> Infirmier <input type="checkbox"/> Autres	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Nom du médecin :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Nom du médecin :
Etat de santé nécessitant un logement adapté handicapé	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, Type de handicap :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, Type de handicap :

MOTIF DE LA DEMANDE (Plusieurs motifs possibles)	
<input type="checkbox"/> Sans domicile <input type="checkbox"/> Rupture familiale <input type="checkbox"/> Rupture conjugale <input type="checkbox"/> Violences familiales <input type="checkbox"/> Violences conjugales <input type="checkbox"/> Expulsion (prononcée ou en cours) <input type="checkbox"/> Perte logement / Fin de bail <input type="checkbox"/> Logement insalubre / non décent <input type="checkbox"/> Logement inadapté	<input type="checkbox"/> Fin d'hospitalisation <input type="checkbox"/> Sortie d'établissement pénitentiaire <input type="checkbox"/> Regroupement famille / ami <input type="checkbox"/> Rapprochement lieu de travail <input type="checkbox"/> Absence de ressources <input type="checkbox"/> Fin de prise en charge d'un dispositif <input type="checkbox"/> Départ pays/département d'origine <input type="checkbox"/> Isolement social <input type="checkbox"/> Autre, précisez :

DEMANDE			
<input type="checkbox"/> CHRS collectif	<input type="checkbox"/> CHRS regroupé	<input type="checkbox"/> CHRS diffus	<input type="checkbox"/> CHS collectif
<input type="checkbox"/> IML Classique	<input type="checkbox"/> IML Justice	<input type="checkbox"/> IML Expulsion	<input type="checkbox"/> IML Psy
<input type="checkbox"/> IML Réfugié	<input type="checkbox"/> ALT1 Narbonne	<input type="checkbox"/> Pension de famille	<input type="checkbox"/> Résidence sociale
<input type="checkbox"/> Appartement thérapeutique			
Zone géographique souhaitée (plusieurs choix sont possibles) :			
<input type="checkbox"/> Carcassonne	<input type="checkbox"/> Narbonne	<input type="checkbox"/> Limoux	<input type="checkbox"/> Castelnaudary

COMPETENCES ET DIFFICULTES MOTIVANT LA DEMANDE

<input type="checkbox"/> Besoin de lieu et de temps collectifs	<i>Précisez :</i>
<input type="checkbox"/> Besoin d'une transition avant l'accès au logement	<i>Précisez :</i>
<input type="checkbox"/> Degré d'autonomie dans le quotidien	<i>Précisez :</i>
<input type="checkbox"/> Prise en compte des règles sociales	<i>Précisez :</i>

TYPES D'ACCOMPAGNEMENT NECESSAIRE

<input type="checkbox"/> Accès aux droits et questions administratives	<i>Précisez :</i>
<input type="checkbox"/> Vie quotidienne, appropriation du lieu de vie	<i>Précisez :</i>
<input type="checkbox"/> Gestion budgétaire	<i>Précisez :</i>
<input type="checkbox"/> Sollicitation de professionnels / Partenaires en cas de besoin	<i>Précisez :</i>
<input type="checkbox"/> Accès aux soins	<i>Précisez :</i>
<input type="checkbox"/> Soutien à la parentalité / Vie familiale	<i>Précisez :</i>
<input type="checkbox"/> Emploi / Formation	<i>Précisez :</i>
<input type="checkbox"/> Vie sociale et culturelle	<i>Précisez :</i>
<input type="checkbox"/> Présence professionnelle	<i>Précisez :</i>
<input type="checkbox"/> Autre	<i>Précisez :</i>

SYNTHESE DE LA PRECONISATION

EXPRESSION DU DEMANDEUR *(facultatif)*

MOTIVATION DE LA DEMANDE

(à remplir par le travailleur social référent)