Formulaire de demande unique SIAO 11

Contact du SIAO 11 : 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 connaissances 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 : |

|  |
| --- |
|  **PRESCRIPTEUR**  |
| Nom du travailleur social : En qualité de :Structure/dispositif :Coordonnées téléphoniques + mail : Adresse postale : |
| **COMPOSITION DU MENAGE** |
| **LE DEMANDEUR**[ ]  M. [ ]  Mme Nom : Nom de naissance :Prénom :Date de naissance : ***Situation administrative (hors Française) :***[ ]  UE [ ]  Hors UE[ ]  Récépissé [ ]  TS [ ]  Carte BPI [ ]  Autre Autorisation de travail : OUI/NONDate de fin de validité du titre de séjour : Situation de famille (mariage/divorce/veuvage/…) :**Présence d’animaux :** [ ]  Oui [ ]  Non ***Si oui,*** *précisez**(chien, chat, ...)*: **Nombre :** **Si chien**, est-il catégorisé ? [ ]  Oui [ ]  Non ***Si oui,*** *a-t-il les papiers à jour ?* [ ]  Oui [ ]  Non**LE CONJOINT / CODEMANDEUR**[ ]  M. [ ] Mme Nom : Nom de naissance : Prénom : Date de naissance : ***Situation administrative (hors Française) :***[ ]  UE [ ]  Hors UE[ ]  Récépissé [ ]  TS [ ]  Carte BPI [ ]  Autre Autorisation de travail : Date de fin de validité du titre de séjour :  |
| **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 |   |  |

 |
| **CONTACT / DOMICILIATION**Adresse / Domiciliation actuelle du demandeur :Téléphone / mail du demandeur **(obligatoire) :** |
| **SITUATION DU MENAGE** |
| **PARCOURS HEBERGEMENT / LOGEMENT** |
| Ménage en cours d’expulsion :[ ]  Oui [ ]  NonExpérience en logement autonome : [ ]  Oui [ ]  NonParcours en hébergement : [ ]  Oui [ ]  NonSi oui, précisez : |
| Période | Type et lieu d’hébergement/logement | Motif de départ |
| **SITUATION MEDICO-SOCIALE** |
| Suivis médicaux spécifiques | ***Si oui, précisez :***[ ]  Médecin psychiatre[ ]  SpécialisteNom et coordonnées de la structure médicale accompagnant :  |
| Etat de santé nécessitant un logement adapté handicapé | [ ]  RDC [ ]  PMR [ ]  AdaptéDétails :     |
| Suivis sociaux en cours *(hors budgétaire)* | ***Si oui, précisez*** la structure, le nom des référents : |
| **DEMARCHES D’ACCES AU LOGEMENT**Demande déposée auprès de bailleurs publics :[ ]  Oui [ ]  Non [ ]  En cours |
| **ACTIVITE PROFESSIONNELLE**Emploi / Formation :  [ ]  Oui [ ]  Non*Si oui,* lequel : Type de contrat (CDD, CDI, formation, …) :Ville :Permis de conduire :[ ]  Oui [ ]  NonMoyen de locomotion :[ ]  Oui [ ]  Non ***Si oui,*** *Précisez :* |
|

|  |
| --- |
| **RESSOURCES***Ressources nettes mensuelles de toutes les personnes intégrées à la demande* |
|  | 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) |  |  |  |
| Allocations familiale |  |  |  |
| Garantie Jeune |  |  |  |
| Allocation de Solidarité aux Personnes Agées (ASPA) |  |  |  |
| Pension d’invalidité |  |  |  |
| Indemnités journalières |  |  |  |
| Autre, ***précisez*** :  |  |  |  |
| **Total mensuel (€)** |  |  |  |

**Informations diverses en lien avec les ressources :**

|  |
| --- |
| **DETTES** |
|  | Le Demandeur (en €/mois) | Le Conjoint / Codemandeur (en €/mois) |
| Dettes | [ ]  Oui [ ]  Non *Précisez nature et montant :*  | [ ]  Oui [ ]  Non*Précisez nature et montant :*  |
| Mesure d’accompagnement budgétaire | [ ]  Oui [ ]  Non**Nom de la mesure** *(MASP, Tutelle, Curatelle ...) :*  Nom du professionnel : Nom de la structure :  | [ ]  Oui [ ]  Non**Nom de la mesure** *(MASP, Tutelle, Curatelle, ...) :*  Nom du professionnel :  Nom de la structure :  |

 |
|  |
| **SITUATION ACTUELLE AU REGARD DU LOGEMENT/HÉBERGEMENT**  |
| Sans logement ***Si oui,***[ ] Occupant de squat [ ] Abri de fortune[ ] Autre, ***précisez****:*  |[ ]  Logement autonome [ ] Public [ ] Privé  | [ ]  |
| Structure sociale SIAO (*ex : hébergement d’urgence, pension de famille/IML/CHRS/…)****Si oui,****Nom et Adresse* :  |[ ]  Structure sociale/médico-sociale hors SIAO *(ex : Centre parental, CADA, CPH, LHSS, ACT ...)* ***Si oui,****Nom et Adresse* :  |[ ]
| Hébergement chez de la famille/tiers  |[ ]  Structure judiciaire |[ ]
|  Autre ***Précisez :***  |[ ]    |  |
| ***Précisions éventuelles***:  |
|  |
|  |
| **DEMANDE** |
|  |
| [ ]  CHRS collectif [ ]  CHRS regroupé  [ ]  CHRS diffus [ ]  CHS collectif [ ]  IML Classique [ ]  IML Justice [ ]  IML Expulsion [ ]  IML Psy [ ]  IML Réfugié [ ]  IML SAS [ ]  ALT1 Narbonne [ ]  Pension de famille [ ]  Appartement Thérapeutique Relais |
| **Zone géographique souhaitée (plusieurs choix possible) :**[ ]  Carcassonne  [ ]  Narbonne  [ ]  Limoux  [ ]  CastelnaudaryLa personne accepte-t-elle les villages alentours à la ville sélectionnée : [ ]  OUI [ ]  NON |

**SYNTHESE DE LA PRÉCONISATION**

|  |
| --- |
| **EXPRESSION DU DEMANDEUR** *(facultatif)* |
|   |
| **MOTIVATION DE LA DEMANDE*****Parcours – besoins – demandes*** *(à remplir par le travailleur social référent – obligatoire)* |
|  |