Formulaire de demande unique SIAO 11

Contact du SIAO 11 : [04.68.10.05.98](mailto:04.68.10.05.98/audesiao11@gmail.com)

Formulaire à retourner à cette adresse : insertion@siao11.fr

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/NON  Date 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  Non  Expérience en logement autonome :  Oui  Non  Parcours en hébergement :  Oui  Non  Si oui, précisez : | | | | | | |
| Période | Type et lieu d’hébergement/logement | | | Motif de départ | | |
| **SITUATION MEDICO-SOCIALE** | | | | | | |
| Suivis médicaux spécifiques | ***Si oui, précisez :***  Médecin psychiatre  Spécialiste  Nom et coordonnées de la structure médicale accompagnant : | | | | | |
| Etat de santé nécessitant un logement adapté handicapé | RDC  PMR  Adapté  Détails : | | | | | |
| 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  Non  Moyen 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   Castelnaudary  La 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)* |
|  |