

DEMANDE DE MESURE

D'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL RENFORCÉ

 (A transmettre ccadijonmetropole@adefo.asso.fr)

ACOR-DM – ASLL – EMAS – LDA - CHRS HORS LES MURS – PENSION DE FAMILLE

| Date | Présenté par | Institution-Service | Coordonnées |
|------|--------------|---------------------|-------------|
| | | | |

Première saisine

Demande de réorientation

| | Bénéficiaire | Conjoint |
|--|--|--|
| Nom, Prénom : | | |
| Né(e) le : | | |
| Adresse : | | |
| ☎ : | | |
| Courriel : | | |
| Situation matrimoniale | | |
| Nationalité : | <input type="checkbox"/> Fr <input type="checkbox"/> UE <input type="checkbox"/> hors UE | <input type="checkbox"/> Fr <input type="checkbox"/> UE <input type="checkbox"/> hors UE |
| Si nationalité hors UE | | |
| Date d'arrivée en France | | |
| Type de statut | | |
| Date d'obtention | | |
| Durée de validité | | |
| Nature du titre de séjour | | |
| Nature carte VPF | | |
| Renouvellement de titre | | |
| Carte d'identité/passeport | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| N° SS : | | |
| N° CAF : | | |
| Coordonnées du mandataire judiciaire et type de mesure exercée : | | |

Les enfants*

*Pour les enfants majeurs, merci de décrire précisément leur situation dans le rapport social (besoins, situations administrative, emploi.....)

| Nom, Prénom | Né(e) le | Situation (à charge, droit de visite, scolarisé.....) |
|----------------------|---|--|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| Naissance attendue ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Si oui, à quelle date : |

| Autres personnes vivant au foyer | | | |
|---|-----------------|-------------|-----------|
| Nom, Prénom | Lien de parenté | Né(e) le | Situation |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Personne ressource susceptible de favoriser l'entrée en relation (facultatif) | | | |
| Nom, Prénom | Lien de parenté | Coordonnées | |
| | | | |

| Budget familial | | | |
|-----------------|---------|---------|---------|
| Ressources | | Charges | |
| Nature | Montant | Nature | Montant |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| TOTAL : | | TOTAL : | |

| Suivi en cours par un ou plusieurs services <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | |
|---|--------------------------------|-----------------|
| Service de référent | Nom du référent et coordonnées | Nature du suivi |
| | | |
| | | |
| | | |

| Dispositifs d'accompagnement spécifiques déjà sollicités (ASLL, MASP, SIAO....) Préciser les dates | | | | |
|--|-------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------|
| | | | | |
| Situation administrative et financière | | | | |
| Situation administrative | <input type="checkbox"/> A jour | <input type="checkbox"/> A consolider | <input type="checkbox"/> Incurie | <input type="checkbox"/> NR |
| Endettement | <input type="checkbox"/> Inexistant | <input type="checkbox"/> Léger | <input type="checkbox"/> Important | <input type="checkbox"/> NR |

| Logement | | | | |
|--|---|--|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Locataire Bailleur : | <input type="checkbox"/> Propriétaire | <input type="checkbox"/> Hébergé | <input type="checkbox"/> Colocataire | <input type="checkbox"/> Sans domicile ⚡ Non concerné par cette commission |
| <i>Parcours résidentiel des trois dernières années</i> | Période : Type de logement : Propriétaire / bailleur : Motif du départ : | | | |
| <i>Paiement du loyer</i> | <input type="checkbox"/> A jour | <input type="checkbox"/> Dette / Montant : | | |
| <i>Troubles de voisinage</i> | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui / Nature : | | |
| <i>Entretien du logement</i> | <input type="checkbox"/> Pas de difficulté | <input type="checkbox"/> Problème d'hygiène | <input type="checkbox"/> Entassement | |
| <i>Procédure d'expulsion locative</i> | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui / Motif : <u>Stade de la procédure :</u> <input type="checkbox"/> Commandement de payer <input type="checkbox"/> Assignation <input type="checkbox"/> Résiliation du bail <input type="checkbox"/> Commandement de quitter <input type="checkbox"/> Demande de réquisition de la force publique <input type="checkbox"/> Concours accordé ⚡ Non concerné par cette commission ⚡ Non concernée par cette commission : relève de la CCAPEX | | |
| <i>CCAPEX Mobilisation du contingent préfectoral</i> | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Oui | | |
| <i>DALO</i> | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui / Date de la commission : Réponse DALO : | | |
| <i>NU demande logement social :</i> | | | | |

| Santé | | | |
|--|---------------------------------|--|--------------------------------|
| Demandeur | | | |
| Mutuelle : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> CSS <input type="checkbox"/> CSS participative | | | |
| <input type="checkbox"/> Rupture de soins | | | |
| Suivi médical en cours : | | | |
| <input type="checkbox"/> Médecin traitant : | | | |
| Suivi CMP : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | | |
| <i>Pathologie somatique connue</i> | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui Praticien : | <input type="checkbox"/> NR |
| <i>Addiction</i> | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui Praticien : | <input type="checkbox"/> NR |
| <i>Trouble psychique</i> | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui Praticien : | <input type="checkbox"/> NR |
| Conjoint | | | |
| Mutuelle : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> CSS <input type="checkbox"/> CSS participative | | | |
| <input type="checkbox"/> Rupture de soins | | | |
| Suivi médical en cours : | | | |
| <input type="checkbox"/> Médecin traitant : | | | |
| Suivi CMP : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | | |
| <i>Pathologie somatique connue</i> | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui Praticien : | <input type="checkbox"/> NR |
| <i>Addiction</i> | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui Praticien : | <input type="checkbox"/> NR |
| <i>Trouble psychique</i> | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui Praticien : | <input type="checkbox"/> NR |

| Emploi/Formation | | | | | | |
|--|---|--|--|---|-----------------------------------|---|
| Demandeur | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> CDI <input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Temps partiel | <input type="checkbox"/> CDD, intérim <input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Temps partiel | <input type="checkbox"/> Chômage <input type="checkbox"/> Indemnisé <input type="checkbox"/> non indemnisé | <input type="checkbox"/> RSA | <input type="checkbox"/> AAH / Invalidité | <input type="checkbox"/> Retraite | <input type="checkbox"/> Autre Préciser : |
| <i>Mobilité</i> | | | | | | |
| <i>Niveau scolaire</i> | | | | | | |
| <i>Maîtrise de la langue</i> | Orale <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | Ecriture <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | | |
| | Langue maternelle : | | | | | |
| Conjoint | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> CDI <input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Temps partiel | <input type="checkbox"/> CDD, intérim <input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Temps partiel | <input type="checkbox"/> Chômage <input type="checkbox"/> Indemnisé <input type="checkbox"/> Non-indemnisé | <input type="checkbox"/> RSA | <input type="checkbox"/> AAH / Invalidité | <input type="checkbox"/> Retraite | <input type="checkbox"/> Autre Préciser : |
| <i>Mobilité</i> | | | | | | |
| <i>Niveau scolaire</i> | | | | | | |
| <i>Maîtrise de la langue</i> | Orale <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | Ecriture <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | | |
| | Langue maternelle : | | | | | |

Lien Social

Isolement : Oui Non | Famille : Oui Non | Amis : Oui Non

Exposé de la situation et contexte de la demande

Origine de la demande-Démarches engagées par le service social de secteur et limites d'intervention :

Dernière visite à domicile effectuée le :

Si VAD impossible, expliquer pourquoi :

Dernier contact avec le bailleur le :

Nom de l'interlocuteur :

Si contact non effectué, expliquer pourquoi :

Rapport social étayé, explicitation des freins à l'accès aux services de droit commun notamment en matière de santé, risques encourus par la personne, valorisation des compétences, situation des enfants majeurs.....

| | |
|---|--|
| Degré d'autonomie de la personne : <input type="checkbox"/> Fait ses démarches seul.e <input type="checkbox"/> Accède aux soins <input type="checkbox"/> Sait exprimer ses besoins <input type="checkbox"/> Se déplace sans difficulté <input type="checkbox"/> Autre | Définition des objectifs à travailler : <input type="checkbox"/> Accès dans le logement <input type="checkbox"/> Maintien dans le logement <input type="checkbox"/> Relogement <input type="checkbox"/> Accès aux soins <input type="checkbox"/> Gestion administrative <input type="checkbox"/> Vie sociale <input type="checkbox"/> Articulation avec le droit commun <input type="checkbox"/> Autres : |
|---|--|

| | | |
|--|--|--|
| Type de mesure sollicitée : <input type="checkbox"/> ASLL <input type="checkbox"/> ACOR-DM <input type="checkbox"/> EMAS <input type="checkbox"/> LDA <input type="checkbox"/> CHRS hors les murs <input type="checkbox"/> Pension de famille Argumentaire : | | |
| Le demandeur adhère –t-il à cette proposition d'accompagnement <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Le demandeur est-il informé de cette proposition d'accompagnement <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | |

| | |
|---|--|
| Signature du demandeur <i>(obligatoire pour une demande d'ASLL)</i> | |
|---|--|

| | |
|---|---|
| Nom du travailleur social : Date : Signature : | Document validé par le responsable hiérarchique Nom du cadre : Date : Signature : |
|---|---|

| |
|--------------------------------------|
| Cadre réservé à la commission |
|--------------------------------------|

| | |
|---------------------------------|---|
| Date de passage en commission : | Décision de la commission : <input type="checkbox"/> Accord <input type="checkbox"/> Accord liste d'attente <input type="checkbox"/> Ajourné pour complément d'information <input type="checkbox"/> Rejet |
|---------------------------------|---|

| | | |
|---|--|--|
| Type de mesure et objectifs validés : <input type="checkbox"/> ASLL <input type="checkbox"/> ACOR-DM <input type="checkbox"/> EMAS <input type="checkbox"/> LDA <input type="checkbox"/> CHRS hors les murs <input type="checkbox"/> Pension de famille <input type="checkbox"/> Autre | | |
| Objectifs : <input type="checkbox"/> Accès dans le logement <input type="checkbox"/> Maintien dans le logement <input type="checkbox"/> Relogement <input type="checkbox"/> Accès aux soins <input type="checkbox"/> Gestion administrative <input type="checkbox"/> Vie sociale | | |

Articulation avec le droit commun

Autres :

Date et signature du cadre référent pour la commission

Conformément à la loi « informatique et libertés » (LIL3) n° 2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles modifiant la loi du 6 janvier 1978, et au règlement général sur la protection des données 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent.

Dans le cadre de la réglementation et afin de faire exercer vos droits, vous pouvez contacter le DPO via l'adresse email suivante : dpo@metropole-dijon.fr.