

Nom :

Prénom :



santé
mentale &
communautés

Date :

PHOTO

DOSSIER DE CANDIDATURE UNIQUE

Cocher la demande (1 seule case) :

- Appartement individuel - Bail glissant
- Appartement d'essai
- Résidence Accueil (à préciser)
 - Villeurbanne
 - Crépieux

Toutes les informations contenues dans ce dossier sont soumises à confidentialité

Association Santé Mentale et Communautés
Pôle social ORLOGES
19 rue Auguste Comte
69002 LYON

Dossier en 2 parties :

Partie 1 : à remplir par le (la) candidat(e)

Partie 2 : à remplir par l'équipe soignante

Association Santé Mentale et Communautés
Pôle social Orloges - 19, rue Auguste Comte - 69002 LYON
Tél : 04.78.38.06.54 - Mail : secretariat.orloges@smc.asso.fr - Site web : www.smc.asso.fr

Nom :

Prénom :

PARTIE 1

A REMPLIR PAR LE (LA) CANDIDAT(E)

ETAT CIVIL

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Date et lieu de naissance :

Nationalité :

Adresse :

.....

Il s'agit :

Appartement personnel

Hôpital

Famille

Appartement thérapeutique

Foyer

Autre :

Téléphone :

Portable :

Personne à contacter en cas d'urgence :

Son adresse :

.....

.....

.....

Téléphone :

Portable :

SITUATION DE FAMILLE

Célibataire

Marié(e)

Veuf(ve)

Séparé(e) depuis le :

Divorcé(e) depuis le :

Nombre d'enfants :

A charge :

Oui Non

Association Santé Mentale et Communautés

Pôle social Orloges - 19, rue Auguste Comte - 69002 LYON

Tél : 04.78.38.06.54 - Mail : secretariat.orloges@smc.asso.fr - Site web : www.smc.asso.fr

Nom :

Prénom :

RESSOURCES : TYPE ET MONTANT

Salaire : Allocation Adulte Handicapé :

Indemnités Journalières Taux d'invalidité

R.S.A : Pension d'invalidité :

Autres :

FORMATION

Votre niveau de scolarité :

Ecole primaire Collège Lycée

Enseignement supérieur Autre :

EXPERIENCES PROFESSIONNELLES

Derniers emplois occupés (dates) :

.....

.....

.....

.....

.....

MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE DES MAJEURS

Vous bénéficiez d'une mesure de protection juridique des majeurs ? : ou n

◇ Tutelle

◇ Curatelle

◇ Sauvegarde de justice

◇ Autre

Nom et adresse du mandataire judiciaire :

.....

.....

.....

Téléphone : Portable :

Fax : Mail :

Association Santé Mentale et Communautés
Pôle social Orloges - 19, rue Auguste Comte - 69002 LYON
Tél : 04.78.38.06.54 - Mail : secretariat.orloges@smc.asso.fr - Site web : www.smc.asso.fr

Nom :

Prénom :

CONTEXTE DE VOTRE DEMANDE

Avez-vous déjà eu un appartement ? (hors domicile parental) : OUI NON

Si oui, étiez-vous locataire : OUI NON Pendant combien de temps :

Qu'avez vous pensé de cette expérience ? :
.....
.....
.....

Avez-vous déjà vécu dans un logement collectif ? : OUI NON

Si oui, dans quel type de foyer ? : Pendant combien de temps ? :

Qu'avez-vous pensé de cette expérience ? :
.....
.....
.....

Avez-vous des loisirs ? OUI NON

Si oui, lesquels ?
.....
.....

Avez-vous des relations avec votre famille ? Des amis ? Comment organisez-vous votre vie quotidienne ?
.....
.....
.....

Avez-vous des difficultés pour vous déplacer ? :
.....
.....
.....

Nom :

Prénom :

Vous faites une demande pour (cochez une seule case) :

- Appartement individuel - Bail glissant
- Appartement d'essai
- Résidence Accueil (à préciser)
 - Villeurbanne
 - Crépieux

Pourquoi ce choix ? :

.....

.....

.....

Qu'attendez-vous de ce projet ? :

.....

.....

.....

Quelles sont les difficultés que vous pensez rencontrer ? :

.....

.....

.....

Pensez-vous avoir besoin d'un accompagnement ? Pourquoi ? Lequel ?

.....

.....

.....

Dans quel délai imaginez-vous une entrée ?

.....

.....

.....

Avez-vous d'autres demandes en cours ? Lesquelles ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Nom :

Prénom :



Nom et téléphone du référent médico-social qui oriente :

.....

Quel dispositif est demandé ? (1 seule case) :

- Appartement individuel - Bail glissant
- Appartement d'essai
- Résidence Accueil
 - Villeurbanne
 - Crépieux

PARTIE 2

A REMPLIR PAR L'EQUIPE SOIGNANTE

EQUIPE SOIGNANTE

Service :

Adresse :

.....

Téléphone :

Médecin référent :

Mail et téléphone :

Infirmier(e) référent(e) :

Mail et téléphone :

Assistant(e) social(e) :

Mail et téléphone :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE CANDIDAT

1^{ère} hospitalisation :

Lieu :

Date :

Durée :

Nombre d'hospitalisations :

.....

.....

.....

Association Santé Mentale et Communautés

Pôle social Orloges - 19, rue Auguste Comte - 69002 LYON

Tél : 04.78.38.06.54 - Mail : secretariat.orloges@smc.asso.fr - Site web : www.smc.asso.fr

Nom :

Prénom :

Dernière hospitalisation (date) :

En cours OUI NON

Complète :

Jour :

Nuit :

MODE DE PLACEMENT :

SUIVI AMBULATOIRE :

◇ CMP

◇ CATTP

◇ AUTRE

Capacité de la personne à investir le soin :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

La personne adhère-t-elle au projet ?

.....
.....
.....
.....

Quelles sont ses attentes ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Association Santé Mentale et Communautés
Pôle social Orloges - 19, rue Auguste Comte - 69002 LYON
Tél : 04.78.38.06.54 - Mail : secretariat.orloges@smc.asso.fr - Site web : www.smc.asso.fr

Nom :

Prénom :

Quel est le parcours résidentiel ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Quelles ont été les difficultés ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Quelles sont les inquiétudes de l'équipe liées à ce projet ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Question concernant les appartements d'essai

Qu'est-ce que l'équipe attend de cette expérience ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Date :

Nom du référent :

Fonction :

Signature :