

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
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 :

Quelle est votre équipe soignante?

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

Quelles sont vos liens avec cette équipe?

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

Remarques éventuelles

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

Date :

Signature :

Protection de vos données personnelles

Les informations recueillies sur ce formulaire font l'objet d'un traitement dans le but de gérer votre demande de logement. La base légale du traitement est l'intérêt légitime de SMC.

Les destinataires de vos données sont le personnel habilité de SMC. Les données sont conservées pendant le temps d'analyse de votre dossier.

Pour en savoir plus sur l'utilisation de ces données ou connaître comment exercer vos droits, contacter notre délégué à la protection des données (dpo@smc.asso.fr)

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 :



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	
<u>1^{ère} hospitalisation</u> :	
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 :