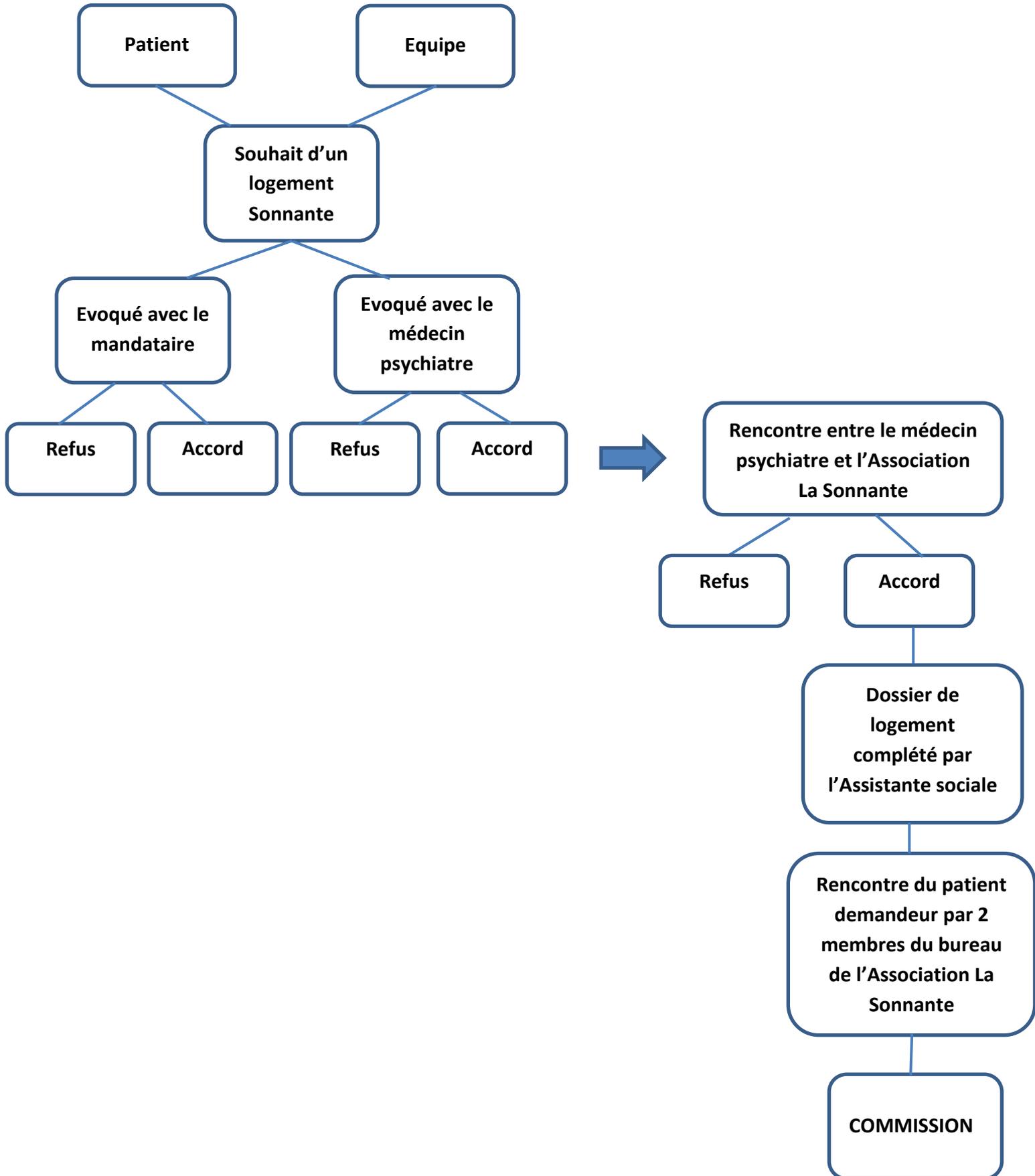




ETAPES POUR CONSTITUER UNE
DEMANDE DE LOGEMENT POUR
UN USAGER AUPRES DE
L'ASSOCIATION LA SONNANTE

Centre Hospitalier de Dieppe
1^{er} étage Bâtiment Simone Veil – Avenue Pasteur – 76200 DIEPPE

PARCOURS D'UNE DEMANDE DE LOGEMENT





ETAT CIVIL

Madame

Mademoiselle

Monsieur

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Numéro de Sécurité Sociale :

Numéro allocataire CAF :

SITUATION FAMILIALE

Célibataire

Veuf/Veuve

Marié(e)

Divorcé(e)

Vie maritale

Séparé(e)

Pacsé(e)

Nombre d'enfants :

Nombre d'enfants à charge :

NOM	Prénom	Date de naissance	Enfants à charge (oui ou non)

RESSOURCES

RESSOURCES (A)	Monsieur/Madame	Organismes payeurs
Salaire		
Indemnités journalières		
Allocation Retour à l'Emploi (ARE)		
R.S.A		
Autres		
PRESTATIONS		
Allocations familiales		
Allocation logement (APL)		
Allocation adultes handicapés		
Autres		
PENSION ET AUTRES		
Alimentaire		
Invalidité		
Retraite		
Rentes		
Autres		
TOTAL		

SITUATION ACTUELLE **(au regard du logement/hébergement)**

1 – STATUT D'OCCUPATION

- Propriétaire
- Locataire
- Hébergé(e) en structure (Pension de famille, foyer, résidence accueil...)
- Hébergé(e) par des tiers (famille, amis...)
- Sans domicile fixe
- Autre (Hôpital, squat, camping...) – Précisez :

2 – TYPE DE LOGEMENT ACTUEL

- Parc public Parc privé Autre – Précisez :
- Individuel Collectif

Type de logement : T1 T2 T3 T4 T5

3 – QUELLES DEMARCHES AVEZ-VOUS FAITES POUR VOUS RELOGER ?

DIFFICULTES LIEES AU LOGEMENT

- Fin de bail
- Expulsion
- Procédure d'expulsion
- Fin d'hébergement d'une structure sociale ou médico-sociale : Laquelle
- Nécessité de quitter le logement suite à une rupture familiale/conjugale
- Logement inadapté à la santé – Précisez :
- Logement insalubre logement indécents logement vétuste
- Endettement
- Plaintes du voisinage
- Ressources insuffisantes (loyer actuel trop élevé)

Expliquez les difficultés que vous rencontrez en lien avec le logement :

Type de logement recherché :

Studio Appartement

Type de logement : T1 T2 T3 T4 T5

Surface du logement :

RDC Etage (Précisez)

Si oui, avec étage : Escaliers Ascenseur

Garage Parking Cave Terrasse Balcon

Interphone Gardien

Douche Baignoire

Sur quelles communes/quartiers recherchez-vous et précisez si besoin les raisons de ces choix (travail, commerce, centre-ville, hôpital, famille....)?

1 –

2 –

3 –

Quel est le montant du loyer souhaité ?

Quel est le montant des charges souhaité ?

Quel est le degré d'urgence de bénéficier d'un logement Sonnante ?

Indicateurs de l'autonomie

Mettre en copie le bilan d'autonomie effectué par l'ergothérapeute

<u>Indicateurs</u>	<u>Autonome</u>	<u>Aide partielle</u>	<u>Aide totale</u>	<u>Aides existantes ou à mettre en place</u>
Santé psychique <ul style="list-style-type: none"> - Capacité à prendre un RDV médicaux - Assister aux RDV médicaux - Observance des traitements 				
Etes-vous suivi par : <ul style="list-style-type: none"> - CMP - HDJ - Infirmière libérale - Psychologue - Assistante sociale - Autre : 	OUI	NON		Précisez
Alimentation <ul style="list-style-type: none"> - Elaboration des menus - Courses - Préparation d'un repas - Faire la vaisselle 	<u>Autonome</u>	<u>Aide partielle</u>	<u>Aide totale</u>	Précisez
	OUI	NON		
	Avez-vous un régime alimentaire ?			
Argent <ul style="list-style-type: none"> - Capacité à gérer l'argent 	<u>Autonome</u>	<u>Aide partielle</u>	<u>Aide totale</u>	Précisez
Hygiène <ul style="list-style-type: none"> - Hygiène corporelle - Hygiène du logement - Entretien du linge 	<u>Autonome</u>	<u>Aide partielle</u>	<u>Aide totale</u>	Précisez

Déplacement - A l'intérieur du logement - A l'extérieur du logement	<u>Autonome</u>	<u>Aide partielle</u>	<u>Aide totale</u>	Précisez
Occupation - Que faites-vous dans votre journée ?	<u>Autonome</u>	<u>Aide partielle</u>	<u>Aide totale</u>	Précisez

Documents à fournir

- Photocopie d'une pièce d'identité
- Photocopie de votre dernier avis d'imposition
- Attestation CAF
- Justificatifs de ressources
- Avis motivé de l'intéressé (e) (voir annexe)
- Certificat médical de votre médecin psychiatre (voir annexe)



ANNEXE 1 : AVIS MOTIVE DE LA PERSONNE INTERESSE (E) POUR UN LOGEMENT SONNANTE

Date :

Signature :

ANNEXE 2 : Certificat du médecin psychiatre

Je soussigné (e) certifie
suivre Mr /Mme pour une pathologie
mentale et que son état est suffisamment stabilisé pour respecter et bénéficier d'un
logement autonome par l'intermédiaire de l'Association La Sonnante.

Intérêt et objectifs de suivi par l'Association La Sonnante :

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

D'après les statuts de l'Association La Sonnante et l'Article 93 du CSP : « *Le médecin responsable de la démarche de soins doit rester le garant de la bonne exécution de celle-ci au sein de l'Association* ».

Fait à

Le

Signature et cachet

CADRE RESERVE A LA COMMISSION

COMMISSION D'ORIENTAION

Date de la commission :

Composition de la commission :

Avis de la commission :

Avis favorable

Type de logement :

Communes

Avis défavorable – Motif :

Fait à

Le

Signature