

DOSSIER DE DEMANDE D'ATTRIBUTION

DOSSIER PRESENTE PAR

Organisme.....Coordonnées.....
Nom.....Prénom.....Mail :.....

Demandeur :

NomPrénom.....
.....
Adresse.....
.....
TEL.....

Seront prioritaires, les personnes répondant aux critères de recevabilités ci-dessous :

- ✓ Etre domicilié dans les LANDES
- ✓ Etre porteur d'un **handicap psychique** et être en démarche de soin.
- ✓ Disposer de ressources inférieures ou égales au plafond de référence au PLAI
- ✓ Présenter une **autonomie compatible avec le mode d'habitat de la maison relais**
- ✓ accepter le soutien des intervenants de la résidence d'accueil.
- ✓ Avoir des droits ouverts à l'**Allocation Adultes Handicapés**
- ✓ Bénéficier d'une **protection juridique majeur**

✓ Etre présenté par une équipe soignante s'engageant à poursuivre

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Nom.....

Prénom.....

Date de naissance.....

Situation Familiale.....

Situation professionnelle.....

Adresse (actuelle).....

Téléphone.....

Numéro de sécurité sociale.....organisme.....

Numéro Allocataire CAF.....

Allocation Adulte Handicapé.....

Carte d'invalidité

Délivré le	Par	N°	Date de validité	Taux d'invalidité

ACCOMPAGNEMENT

Mesure de protection judiciaire

Type de mesure.....
















Nom de la personne assurant le suivi de la mesure.....







Coordonnées.....

Autres accompagnements

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

BUDGET MENSUEL

Dépenses mensuelles		Ressources mensuelles	
Montant en €		Montant en €	
Dépenses liées au logement :  Loyer  Téléphone  EDF/GDF, chauffage...  Eau		Salaires / Pensions / Prestations :    	
Assurances :  Assurance Logement  Complémentaire santé   Vie courante :   			

Impôts et taxes : 			
Crédits et dettes :   			
Autres dépenses :  			
TOTAL DEPENSES :		TOTAL RESSOURCES :	

SOLDE MENSUEL DISPONIBLE :

Endettement

Avez-vous saisi la commission de surendettement ? Oui Non

Avez-vous bénéficié d'un effacement de dettes ? Oui Non

RAPPORT SOCIAL DETAILLE

Parcours en termes de logement et d'hébergement

Période	Lieu	Statut

--	--	--

Quelles sont les difficultés rencontrées dans le logement ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Situation de la personne : Parcours social / sanitaire / professionnel

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Evaluation du référent partenaire.

Dans quelle mesure le dispositif Maison relais répond aux besoins identifiés de la personne ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
.....
Motivations du demandeur : (Faire un écrit en pièce jointe, si nécessaire)






Date :

Signature du demandeur,

Signature du référent partenaire,

Décision de la commission

Copie des pièces à joindre au dossier

-  Pièce d'identité
-  Justificatif de ressources
-  Justificatif de domiciliation ou attestation d'hébergement
-  Avis d'imposition ou non imposition N-2
-  Demande écrite de la personne

Personne à contacter pour tout renseignement :

.....
.....
Merci de retourner ce dossier à :

**Association CAMINANTE
Domaine de Broquedis 625 RD 817
40390 St André de Seignanx**



DOSSIER médical de demande D'ATTRIBUTION

Ce dossier est à remplir le plus soigneusement possible par le Médecin Traitant

Il est conseillé d'y adjoindre tout document susceptible de faciliter l'examen de la candidature

NOM :

Prénom :

Nom de jeune fille :

Sexe :

Date de naissance :

1) ANTECEDENTS

a) **Personnels :**
.....
.....
.....

b) **Médicaux :**
.....
.....
.....
.....

c) **Chirurgicaux :**
.....
.....
.....

d) **Familiaux :**
.....
.....
.....
.....

2) HISTOIRE DU HANDICAP

a) Indiquer le mode de début, la symptomatologie et l'évolution des troubles/

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

b) Préciser les hospitalisations et les accueils antérieurs

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

c) Mesures éducatives et/ou thérapeutiques antérieures

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

3) DESCRIPTION DU HANDICAP

a) Troubles du psychisme

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

b) Troubles du comportement

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

c) Niveau d'autonomie

Individuel.....
.....
.....

Social.....
.....
.....
.....

ETAT SOMATIQUE ACTUEL

a) **Etat général :**

Poids

Taille

e) **Pathologies somatiques**

actuelles.....
.....
.....

f) **Régimes**

éventuels.....
.....
.....

g) **Allergies**

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

h) **traitements médicamenteux :**

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

Fait à : Le

Signature et Cachet Médical
(Nom et Qualité du Signataire)

