



DOSSIER DE CANDIDATURE

Résidence Accueil - Orthez

NOM – Prénom:.....

Date de naissance :.....Lieu de naissance :.....

Nationalité :

Adresse :.....

Code Postal :..... Commune :.....

N° de téléphone :.....

N° CAF ou MSA :.....

N° de sécurité sociale :

CNI/passeport Carte de séjour Récépissé de demande de CS

Autres :

Association, organisme ou service présentant le candidat :.....

.....

Personne à contacter :.....N° tel :.....

Mail :.....

SITUATION FAMILIALE

Célibataire

Marié(e)

Séparé(e)

Divorcé(e)

Veuf (ve)

Nbre d'enfant(s): Garçon(s) : Fille(s) :.....

Maintien de liens familiaux : OUI NON

Avec qui :

.....

Coordonnées éventuelles :

.....

.....

.....

.....

DOMICILE ACTUEL

- Parents Amis
 Hôtel Etablissement social CHS
 Squat Abri précaire Sans logement
 Hôpital général HU
 Autre :

Habitat des 10 dernières années :

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

SITUATION SOCIO-PROFESSIONNELLE

Plusieurs cases peuvent être cochées

- CDI CDD Intérim Contrat d'insertion
 Sans emploi Retraité
 Autre situation :

PARCOURS SCOLAIRE

Scolarité :

Niveau de qualification : VI V IV III II I

Diplôme :

PROFESSION - EXPERIENCES

Parcours professionnel :

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

Expériences :

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

REVENUS

Revenu mensuel :

RSA : ARE : AAH :

AL/APL : Indemnités journalières SS :

PENSION (S) : Complément de ressource :

Autres :

BUDGET			
REVENUS		CHARGES	
Salaire net mensuel		Loyer	
RSA		Charges	
POLE EMPLOI		Pension alimentaire	
AAH		Commission surendettement	
Indemnité Journalières SS			
AL			
Autres		Autres	
TOTAL		TOTAL	
Commentaires :			
SANTÉ			
Couverture Maladie : <input type="radio"/> Régime général de SS <input type="radio"/> MSA <input type="radio"/> Autres : <input type="radio"/> CMU <input type="radio"/> Mutuelle <input type="radio"/> ACS			
Personne à prévenir en cas d'urgence (nom, adresse et téléphone) :			
Etat de santé général :			
Médecin traitant référent :			
Autre(s) suivi(s) :			
Commentaires relatifs à la santé :			
AUTRES SUIVIS			
Suivi socio judiciaire (SPIP) : Protection financière : Besoin d'une aide humaine dans la réalisation des gestes quotidiens :			
Autre (s) :			

ANALYSE DE LA SITUATION PAR LE PRESCRIPTEUR

1. Parcours qui amène la personne à déposer une demande d'hébergement :

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

2. Ressources et capacités de la personne :

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

3. Eléments de fragilité de la personne :

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

4. Intérêt de la personne pour un accueil en pension de famille :

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

Un rapport social sera joint à la présente demande.

Signature du prescripteur :

ATTENTES DE LA PERSONNE

Ici, la personne motive sa demande.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....