

# DOSSIER DE CANDIDATURE



## Pièces à fournir

---

- ✓ Dossier de candidature renseigné
- ✓ Pièce d'identité
- ✓ Rapport social
- ✓ Jugement tutelle/curatelle
- ✓ Avis d'imposition
- ✓ Lettre motivant votre demande d'entrée en résidence accueil
- ✓ Notification MDPH en cours

### **Si admission à la Résidence accueil prévoir :**

- ✓ Attestation d'assurance logement
- ✓ Attestation assurance responsabilité civile
- ✓ Caution du montant d'un loyer
- ✓ Souscription à un contrat d'énergie
- ✓ Relevé d'identité bancaire
- ✓ Fiche astreinte
- ✓ Droit à l'image
- ✓ Règlement intérieur signé

## Fiche administrative

### ETAT CIVIL

Nom : .....

Prénom : .....

Sexe :  Homme  Femme

Date de naissance : ...../...../.....

Situation matrimoniale : célibataire marié(e) divorcé(e) veuf (ve) vie  
maritale

Adresse : .....

.....

Nationalité : .....Lieu de naissance : .....

Numéro de téléphone : .....E-mail : .....

Numéro de sécurité sociale : .....

Numéro d'Allocataire CAF : .....

### **PERSONNE (s) à contacter si nécessaire** – (préciser votre lien)

Nom : .....

Adresse : .....

N° de téléphone : .....

## Fiche administrative

### DROITS MDPH

- |  |               |
|--|---------------|
| <input type="checkbox"/> Carte d'invalidité ou de priorité | Date de fin : |
| .....  |               |
| <input type="checkbox"/> Carte européenne de stationnement | Date de fin : |
| .....  |               |
| <input type="checkbox"/> PCH :                             | Date de fin : |
| .....  |               |
| <input type="checkbox"/> AAH :                             | Date de fin : |
| .....  |               |
| <input type="checkbox"/> RQTH/Orientation/Reclassement     | Date de fin : |
| .....  |               |
| <input type="checkbox"/> SAVS/SAMSAH                       | Date de fin : |
| .....  |               |
| <input type="checkbox"/> Autres                            | Précisez :    |
| .....  |               |

### ORIENTATION

#### Vous avez été orienté(e) par :

- |  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Contingent Préfecture     | <input type="checkbox"/> SAVS/SAMSAH |
| <input type="checkbox"/> CMP                       | <input type="checkbox"/> ESAT        |
| <input type="checkbox"/> Autres : Précisez : ..... |                                      |

### MESURE DE PROTECTION

- |                                    |                                  |
|------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui       | <input type="checkbox"/> non     |
| <input type="checkbox"/> Curatelle | <input type="checkbox"/> Tutelle |

Nom de l'association : .....

Adresse : .....

N° de téléphone : .....

Nom du délégué à la tutelle : .....

Type de mesure : .....

## Fiche administrative

### ASSISTANTE SOCIALE

Nom : .....

Adresse : .....

N° de téléphone : .....

### LOGEMENT ACTUEL

#### Vous êtes :

- Locataire, sous-locataire ou colocataire
  - Précisez le nom du propriétaire du logement :  
.....
- Propriétaire ou accédant à la propriété
- Hébergé(e) chez un particulier (famille, ami, ...)
- Hospitalisé(e)
- Autres, précisez :  
.....

#### Si vous payez un loyer :

Montant du loyer (euros/mois) : ..... €

Montant des charges (euros/mois) : .....€

### MOTIF(S) DE LA DEMANDE EN RESIDENCE ACCUEIL

- Fin d'hospitalisation
- Absence de logement ou d'hébergement
- Expulsion locative
- Nécessité d'un accompagnement
- Autres motifs : Précisez :  
.....

## Fiche administrative

### SITUATION PROFESSIONNELLE

**Vous êtes :**

- Salarié(e) en milieu ordinaire  CDI  CDD : Date de fin :  
.....
- Salarié(e) en milieu protégé  CDI  CDD : Date de fin :  
.....
- Inscrit comme demandeur d'emploi, depuis quelle date :
- Stagiaire ou en formation
- Sans profession
- Bénéficiaire prestations sociales (RSA, AAH, ...)

**Nom et adresse de votre employeur éventuel :**

.....

## Fiche administrative

### SANTE

#### Médecin généraliste traitant

Nom : .....

Adresse : .....

N° de téléphone : .....

#### Autre professionnel de santé principal

Nom : .....

Adresse : .....

N° de téléphone : .....

#### Médecin psychiatre

Nom : .....

Etablissement : .....

Adresse : .....

N° de téléphone : .....

Infirmière référente : .....

### OBSERVATIONS PARTICULIERES

.....

.....

.....

.....

Signature du demandeur

Représentant légale  
(le cas échéant)

## Partie médicale

### ETAT CIVIL DU PATIENT

Nom : ..... Prénom : .....

Nom de jeune fille : ..... Date de naissance : .....

### *Antécédents familiaux :*

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

### *Antécédents personnels :*

- Somatiques :

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

- Psychiatriques :

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

**Addictions**

- Tabac       alcool       cannabis       café, jeux  
 Autres .....

Y a-t-il un suivi en cours ?     Oui                       non

Si oui par : .....

**Traitement médicamenteux :**

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

**Adhésion aux soins**

- Oui                       non

Commentaires :

.....  
.....

**Prise en charge actuelle**

- CMP       CATTP       HDJ     suivi psychologique

Fréquence : .....

**Diagnostic et évolution clinique**

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

**Patient (e) stabilisé (e) :**  oui                       non

Si oui depuis le : .....

Nom du médecin ayant rempli le compte rendu

Signature & Cachet

Date :

## Situation Financière

<b>Détail des ressources actuelles :</b>	
Allocations chômage	.....€
Indemnités journalières	.....€
Allocation Adulte Handicapé	.....€
Pension d'invalidité	.....€
Rente d'Accident du Travail	.....€
Revenu de Solidarité Active	.....€
Prestations familiales	.....€
Salaire	.....€
<b>Total Ressources Mensuelles</b>	.....€
<b>Charges fixes mensuelles</b>	
- ex : loyer ou EDF	.....€
-	.....€
-	.....€
-	.....€
-	.....€
-	.....€
<b>Total</b>	.....€
<b>Charges variables mensuelles</b>	
- ex : loisirs, alimentation	.....€
-	.....€
-	.....€
-	.....€
-	.....€
-	.....€
<b>Total</b>	.....€
<b>Reste à vivre / mois</b>	.....€

## Grille d'auto-évaluation

Veillez remplir ce document en cochant la case de la lettre A, B, C ou D correspondant à la légende ci-dessous.

A : action accomplie seul

B : action accomplie seul avec besoin d'aide

C : action non accomplie seul

D : ne sais pas

DIMENSION LOGEMENT/VIE QUOTIDIENNE	Commentaires, précisions				
	A	B	C	D	
Entretien de son logement Ménage, vaisselle...					
Gestion d'un budget Loyer, factures...					
Confectionner ses repas					
Faire ses courses					
Entretenir son linge					
Effectuer des déplacements personnels					
Assurer son suivi médical					
Occuper son temps libre Activités, associations...					

<b>DIMENSION ADMINISTRATIVE</b>					Commentaires, précisions
	A	B	C	D	
Assurer le suivi de ses dossiers MDPH, CAF...					
Remplir des documents					
Prendre des rendez-vous et les honorer					
<b>DIMENSION RELATIONNELLE</b>					
Entretenir des relations de « bon voisinage »					
Prendre attache auprès des professionnels si nécessaire : Assistante sociale, éducateurs, mandataire judiciaire...					
Demander de l'aide					

## Certificat du Médecin psychiatre

---

Je, soussigné(e)..... certifie que l'hébergement en résidence  
d'accueil de Mr, Mme, Melle .....  
peut être bénéfique à son projet de vie.

Fait à .....

Le .....

Signature et cachet

Certificat remis en main propre

## Organisme tutélaire

---

Nous, (nom et adresse) .....

Agissant en qualité de ..... Auprès de M.....

Prenons bonne note de sa demande d'hébergement dans la résidence d'accueil de l'association les Amis de CLEAH et nous nous engageons à coopérer à cette action, en fournissant tout document nécessaire au bon fonctionnement du dossier.

A....., le.....

Signature et cachet :