



## **DOSSIER DE CANDIDATURE**

*(Cocher une seule proposition)*

- Appartements Associatifs
- Bail glissant
- Logement conventionné SPIP
- Résidence Accueil de Bergerac
- Résidence Accueil de Sarlat
- Résidence Accueil de Périgueux

Date de la demande : .... / .... / .....

### **Identité du candidat**

Nom : ..... Prénom(s) : .....

Date de naissance : .... / .... / ..... Lieu de naissance : ..... Nationalité : .....

Téléphone fixe : ..... Téléphone mobile : .....

### **Référence organismes sociaux**

Organisme de Sécurité Sociale : .....

N° de Sécurité Sociale : .....

N° Allocataire CAF/MSA : .....

### **Situation familiale**

Célibataire    Concubin(e)    Marié(e)    Divorcé(e)    Veuf (ve)

Autres : .....

Enfants :  non  oui

*(Préciser pour chacun son nom, prénom, date de naissance, modalités de l'exercice parentale, liens conservés)*

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

Présence de personnes ressources (familiales ou amicales) dans l'entourage :  non  oui *(Préciser)*

.....  
.....

Personne à contacter en cas d'urgence (nom, adresse et numéro, préciser le lien) :

.....  
.....

### **Informations diverses**

Moyen de locomotion :  non  oui *(Préciser)*.....

## SITUATION ACTUELLE

Logement (*adresse du lieu de vie actuel, expérience du logement...*)

Insertion (*situation au regard de l'emploi, insertion sociale...*)

Ressources et gestion budgétaire (*nature et montant des ressources, endettement...*)

Mesure de protection (*type de mesure...*)

Autonomie (*prise en charge personnelle relative au domaine de la vie quotidienne : capacité à préparer un repas, à entretenir un logement, démarches administratives...*)

Santé (*reconnaissance MDPH, suivi spécialisé...*)

## SUIVI

Intervenant	Nom	Organisme	Téléphone	Mail
Suivi social				
Mesure de protection				
Travailleur social référent				
Suivi médical				
Médecin généraliste				
Méd. Psychiatre				



Service prescripteur (présence du prescripteur obligatoire à la commission)

Nom et adresse du service : .....  
Nom de l'interlocuteur: .....  
Tél : .....  
Mail : .....

Pièces à joindre (attention tout dossier incomplet sera retourné)

- Note sociale du service prescripteur
- Copie de la carte d'identité
- Justificatif de ressources
- \*Certificat médical d'un médecin psychiatre pour toute demande d'appartement associatif

Documents supplémentaires à prévoir en cas d'admission

- Copie du n° d'allocataire CAF
- Copie du dernier avis d'imposition
- Attestation d'assurance responsabilité civile

**Dossier à renvoyer :**

*Association Croix Marine  
A l'attention de Mme Aurore MARCILLAC  
7, Rue des Pétunias  
24750 TRELISSAC*

***Cadre réservé à l'association :***

*Date de réception du dossier :*

*Dossier complet :  oui  non*

*Date de l'examen en commission :*

*Décision :  Accepté  Ajourné  Refusé*

*Motif : .....*