



Demande d'Admission « Résidence La Cuesta » (Maison Relais de Toul)

Nom de naissance : Prénom :

Nom d'usage : Sexe : F M

Date et lieu de naissance : à

Adresse Actuelle :
.....
.....
.....

Numéro de téléphone :

N° d'allocataire CAF ou MSA :

N° de Sécurité Sociale : |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_|

À réception de ce dossier de candidature qui est à remplir conjointement entre le demandeur et le référent, nous vous contacterons afin d'organiser une rencontre entre le personnel de la Maison Relais, le candidat et vous-même.

Justificatifs nécessaires pour compléter le dossier :

- X 2 photos d'identité récentes,
- X Copie de la carte nationale d'identité ou du titre de séjour,
- X Attestation d'assure(e) social(e) et d'assurance complémentaire,
- X Attestation d'assurance responsabilité civile,
- X Copie des justificatifs de ressources,
- X Copie du dernier avis d'imposition,
- X Un relevé d'identité bancaire ou postale,
- X Certificat de vaccinations animal (si le candidat à un animal).

Cadre réservé à la Maison Relais

Dossier reçu le :

Dossier complet : Oui Non

Examen de la commission d'admission le :

Décision :

Motif en cas de refus :

◇ Situation familiale :

Célibataire Divorcé(e) Séparé(e) Veuf (ve)

Autre (à préciser) :

L'intéressé(e) a-t-il (elle) des enfants ? Oui Non

Si oui, combien ? Âges des enfants :

A-t'il : Un droit de visite : Oui Non

Un droit de garde : Oui Non

Rythme de visite ou de garde :

L'intéressé(e) a-t-il (elle) des liens avec sa famille :

Personnes à contacter (préciser ses coordonnées) :
.....
.....

L'intéressé(e) a-t-il (elle) un animal de compagnie ? Oui Non

Préciser :

Tatouage et vaccinations à jour : Oui Non

◇ Situation professionnelle :

Salarié(e) depuis le :
• Type de contrat :
• Coordonnées de l'employeur :
..... Tél. :

Stagiaire non rémunéré

Stagiaire en formation qualifiante depuis le :

Demandeur d'emploi indemnisé depuis le :

Demandeur d'emploi non-indemnisé

Retraité(e) depuis le :

L'intéressé(e) a-t-il (elle) déjà travaillé ? Oui Non

Si oui, professions déjà exercées et périodes :
.....
.....

Diplômes obtenus :
.....
.....

Autres (à préciser) :
.....
.....

◊ Situation financière :

Ressources mensuelles		Dépenses mensuelles	
Nature	Montant	Nature	Montant
RSA Préciser :		Loyer + charges	
AAH + complément		Assurance habitation	
Prestations Pole Emploi Nature : Date de fin :		Electricité	
Indemnités journalières		Chauffage	
Salaire		Eau	
Pension de retraite		Ordures Ménagères	
Pension d'invalidité		Assurance voiture	
Pension de veuvage		Mutuelle	
Prestations familiales		Téléphone	
-		Autres (à préciser)	
-		-	
-		-	
Autres (à préciser)		Remboursement Crédits (à préciser)	
-		-	
-		-	
-		Remboursement Dettes (à préciser)	
-		-	
-		-	
Total		Total	

L'intéressé sait-il (elle) gérer son budget ?

Oui

Non

Si non, quelles sont les difficultés rencontrées :

Incapacité à prévoir les charges mensuelles

Prodigalité, intempérance

Aucune valeur de l'argent

Autres (à préciser) :

L'intéressé(e) bénéficie t-il (elle) d'une mesure de protection Oui Non

Si oui laquelle :

Organisme et référents :

.....

L'intéressé(e) bénéficie t-il (elle) d'une prestation de compensation du handicap :

Oui Non En cours

Nombre d'heures :

Organisme prestataire :

.....

L'intéressé(e) a t-il (elle) des dettes ? Oui Non

Un dossier de surendettement a-t-il été instruit ? Oui Non

Si oui mesures proposées ?

♦ Logement actuel :

• Logement autonome :

Locataire depuis le Public Privé

Préciser l'adresse :

.....

Sous-locataire depuis le

Préciser l'adresse :

.....

Propriétaire depuis le

Préciser l'adresse :

.....

Raisons pour lesquelles il n'est plus possible d'habiter ce logement :

.....

.....

.....

• Structure collective depuis le

Résident d'un foyer de jeunes travailleurs

Résident d'un centre d'hébergement

Résident d'hôtel

Résident d'une autre structure

Préciser laquelle :

• Hébergement par un tiers depuis le

Hébergé par de la famille

Hébergé par des amis

Autres :

• Sans domicile fixe depuis le

Dans la commune de

• Disposant d'un habitat mobile depuis le

Dans la commune de

• Autre situation (à préciser) :

.....

◇ Informations médicales :

Couverture médicale : CPAM MSA
Régime général : CMU CMU complémentaire
Difficultés de mobilité : Oui Non

Lesquelles :
.....
.....

Pathologie médicale nécessitant un suivi régulier : Oui Non
Prise de médicaments : Autonome Délivré par infirmier libéral

◇ Evaluation de l'autonomie de la personne dans la vie quotidienne :

- Confection des repas : sait se préparer à manger seul Oui Non
 - Hygiène corporelle : Aucune problématique Problématique à surveiller
 - Entretien et hygiène du logement :
 - Autonomie
 - A surveiller
 - Besoin d'une intervention aide ménagère
- Relation aux autres : Bonne Irrégulière Difficile

◇ Organisme demandeur :

L'organisme demandeur est il le référent de la personne Oui Non

Si non merci de renseigner le champ ci-dessous :

Rappel : Conformément aux dispositions légales concernant les maisons relais, la personne conserve son référent social orienteur qui s'engage à maintenir l'accompagnement individuel de la personne

Référent du demandeur :

Nom :

Prénom :

Fonction :

Organisme :

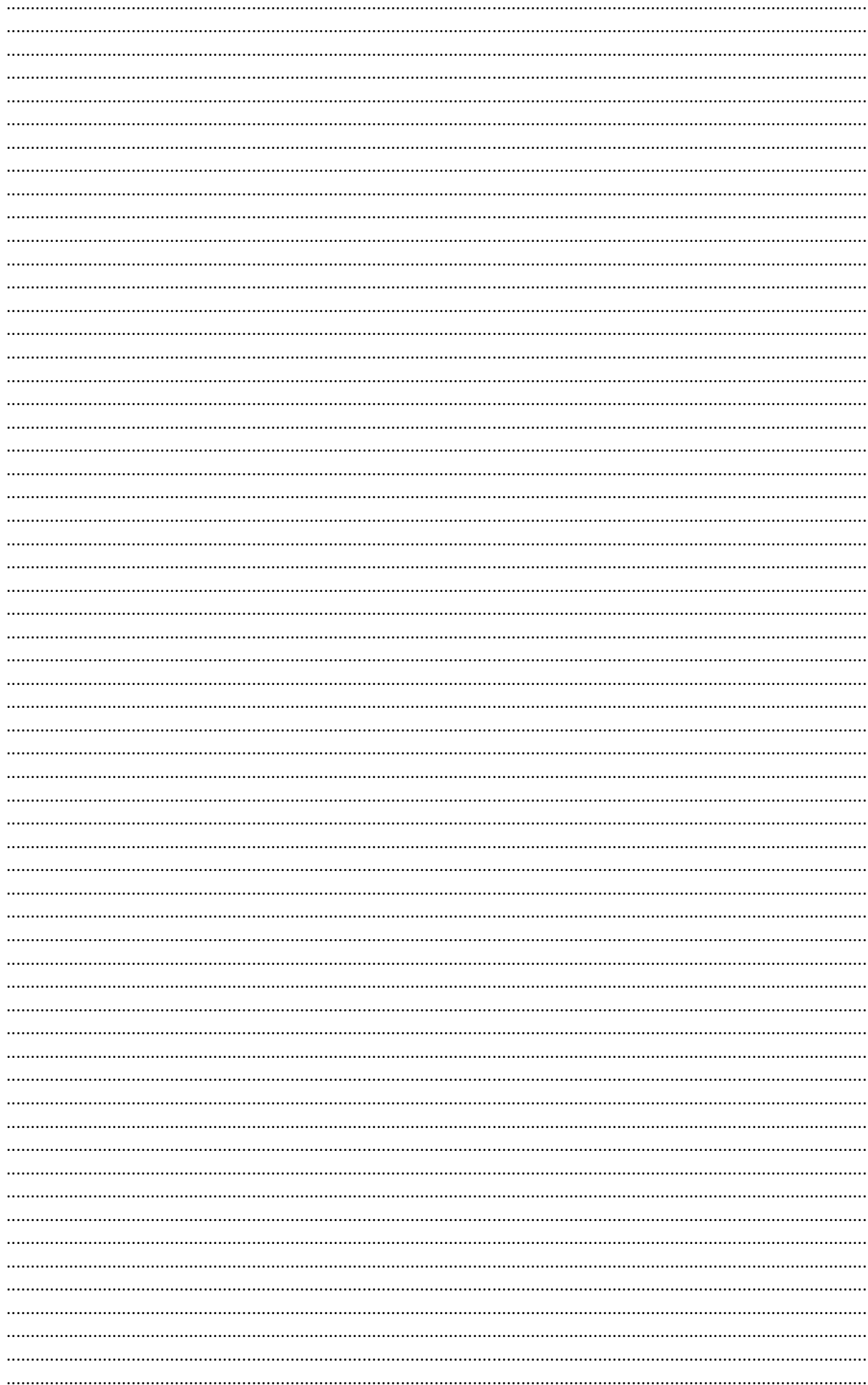
Adresse :

.....

.....

Téléphone :

Email :



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

Fait à, le

Signature du demandeur :

Signature du référent :

Dossier à compléter et à renvoyer :

- **Par courrier au :** Service d'Accueil et d'Orientation
5Bis Rue du Pont des Cordeliers
54200 Toul

- **ou par mail à :** patrice.fontaine@arelia-asso.fr