



DOSSIER DE CANDIDATURE LOGEMENT-FOYER

☐ **Résidence Paulette Sauboua**

Rue Paulette Sauboua

33130 Bègles

lf.begles@adapei33.com

☐ **Résidence Le Haut-Mexant**

22 rue Albert Londres

33910 Saint-Denis-de-Pile

lf.lehautmexant@adapei33.com

Prénom :

Nom :

Zone réservée au service

Date de réception du dossier :

Tampon du service qui réceptionne :

Type de logement demandé :

☐ T1 (Uniquement LF Haut-Mexant)

☐ T1 bis

☐ T2

☐ T3 (Uniquement LF Bègles)

**Avez-vous besoin d'un logement aménagé
pour personne à mobilité réduite (PMR)**

☐ OUI

☐ NON

Votre demande

Indiquez le contexte et les raisons de votre demande d'admission

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Bénéficiez-vous d'un accompagnement spécialisé ?

(SAMSAH, SAVS, ESAT, EA, CMP, FO, CHRS, Habitat jeunes, COJ, STP...)

☐ OUI ☐ NON

Si oui, lequel ou lesquels ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Avez-vous une ou plusieurs demandes en cours dans un autre établissement ou service ?

☐ OUI ☐ NON

Si oui, laquelle ou lesquelles ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Votre identité et vos coordonnées

Nom du candidat :

Prénom :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Adresse :
.....
.....

Code postal Ville

Téléphone(s) :

E-mail :

Situation familiale :

Mesure de protection juridique des majeurs

Avez-vous une mesure de protection ?

☐ OUI ☐ NON ☐ Demande en cours

Si oui ou si votre demande est en cours, laquelle ?

☐ Curatelle simple ☐ Curatelle renforcée ☐ Tutelle ☐ Sauvegarde de justice

Indiquez les coordonnées de votre représentant légal

Prénom, Nom :

Adresse :
.....
.....

Code postal Ville

Téléphone(s) :

E-mail :

DOSSIER DE CANDIDATURE

LOGEMENT-FOYER

Votre ou vos personne(s) ressource(s)

Indiquez les coordonnées de la ou des personnes qui peuvent vous aider dans votre vie de tous les jours et dans vos démarches :

Nom, Prénom	Lien	Code postal / Ville
	☐ Familial ☐ Amical ☐ Professionnel	
	☐ Familial ☐ Amical ☐ Professionnel	
	☐ Familial ☐ Amical ☐ Professionnel	
	☐ Familial ☐ Amical ☐ Professionnel	

Votre situation actuelle

Votre domicile vous êtes en :

- | | |
|---|---|
| ☐ Logement autonome | ☐ Logement en colocation |
| ☐ Logement en famille | ☐ Logement en couple |
| ☐ Hébergement en établissement | ☐ Logement seul(e) |
- Précisez le type d'établissement :

Votre vie active vous êtes :

- | | |
|---|--|
| ☐ En situation de formation | ☐ En recherche de formation |
| ☐ En situation de travail | ☐ En recherche de travail |
| ☐ Sans projet de formation ou d'emploi | ☐ Autre (précisez) |
-

Si vous suivez une formation

Quelle formation suivez-vous ?

Si vous occupez un emploi

Nom de l'entreprise qui vous emploie :

Quelle est votre profession :

Renseignements administratifs

Maison Départementale des Personnes Handicapées

Votre n° de Dossier MDPH :

Orientation(s) indiquée(s) par la MDPH : Pour chaque orientation en cours de validité, indiquez la nature, la date de décision et la date de fin de validité.

- Nature de l'orientation

Date de décision Date de fin

- Nature de l'orientation

Date de décision Date de fin

- Nature de l'orientation

Date de décision Date de fin

>>> Veuillez joindre la photocopie de chaque notification d'orientation par la MDPH

Percevez-vous l'AAH ?

☐ NON ☐ OUI, valable jusqu'au :

Percevez-vous une PCH ?

☐ NON ☐ OUI, valable jusqu'au :

Avez-vous une carte d'invalidité ?

☐ NON ☐ OUI, valable jusqu'au :

DOSSIER DE CANDIDATURE

LOGEMENT-FOYER

Sécurité Sociale

☐

CPAM

☐

MSA

Nom de l'assuré :

N° Immatriculation :

Adresse de la caisse :

.....
.....

Code postal Ville

Mutuelle

☐

OUI

☐

NON

Nom de l'adhérent :

Nom de la mutuelle :

N° d'adhérent :

Adresse de la mutuelle :

.....
.....

Code postal Ville

Allocations

☐

CAF

☐

MSA

Nom de l'allocataire :

N° d'allocataire :

Adresse de la caisse :

.....
.....

Code postal Ville

Votre domicile de secours

Le Logement-Foyer est un établissement habilité à recevoir des personnes bénéficiaires de l'Aide sociale. Indiquez ci-dessous l'adresse de votre domicile de secours.

Adresse de votre domicile de secours :

.....
.....

Code postal Ville

Qu'est-ce que le domicile de secours ?

Le domicile de secours permet de déterminer le département qui prendra en charge les dépenses d'aide sociale en faveur de la personne en situation de handicap. Cette notion n'est pas forcément identique aux notions de domicile civil, fiscal ou électoral de la personne.

Le domicile de secours est le dernier domicile dans lequel la personne en situation de handicap a vécu au moins 3 mois consécutif avant d'aller vivre dans une structure médico-sociale.

Il peut s'agir :

- D'une résidence principale,
- D'une résidence secondaire,
- Du domicile de la famille : parents, frère, sœur etc...

Ce domicile de secours doit être le dernier endroit où la personne a été hébergée avant son entrée en établissement et donc ne doit pas être une structure hospitalière ou médico-sociale.

Principales références légales

Code de l'action sociale et des familles : Articles L.122-1, L.122-5, L.122-3, L.264-2

DOSSIER DE CANDIDATURE LOGEMENT-FOYER

Renseignements concernant votre famille

Remplissez le tableau avec les personnes de votre famille que vous souhaitez nous faire connaître (conjoint, parent(s), enfant(s)...).

Nom / Prénom	Date de naissance	Lien familial	Coordonnées

Renseignements médicaux

Votre médecin traitant

Prénom, Nom : Dr

Adresse :

.....

.....

Code postal Ville

Téléphone(s) :

E-mail :

Votre accompagnement par des spécialistes

Votre santé nécessite-t-elle un accompagnement par des spécialistes ?

Si oui, remplissez le tableau ci-dessous.

Prénom, Nom	Spécialité

Votre parcours

Pour chaque période de votre vie, indiquez les établissements fréquentés dans le milieu ordinaire ou spécialisé :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Évaluation de votre autonomie

Vous êtes capable de vous déplacer seul(e)

- | | |
|--|---|
| ☐ à pied | ☐ en transports en communs |
| ☐ à vélo | ☐ en voiturette |
| ☐ à mobylette / scooter | ☐ en voiture |

Vous savez utiliser le téléphone

- | | |
|--|---|
| ☐ Seule(e) | ☐ Avec de l'aide |
| ☐ Sur sollicitation | ☐ Non |

Vous savez utiliser internet et l'e-mail

- | | |
|--|---|
| ☐ Seule(e) | ☐ Avec de l'aide |
| ☐ Sur sollicitation | ☐ Non |

Quotidiennement

Vous gérez seul(e) votre argent de poche

- | | | |
|---|--|------------------------------|
| ☐ Avec de l'aide | ☐ Sur sollicitation | ☐ Non |
|---|--|------------------------------|

Vous utilisez une carte de retrait

- | | | |
|---|--|------------------------------|
| ☐ Avec de l'aide | ☐ Sur sollicitation | ☐ Non |
|---|--|------------------------------|

Vous êtes capable de réaliser seul(e) un achat simple

- | | | |
|---|--|------------------------------|
| ☐ Avec de l'aide | ☐ Sur sollicitation | ☐ Non |
|---|--|------------------------------|

Vous gérez seul(e) l'ensemble de vos dépenses

- | | | |
|---|--|------------------------------|
| ☐ Avec de l'aide | ☐ Sur sollicitation | ☐ Non |
|---|--|------------------------------|

Pour les repas

Vous mangez :

☐ Seule(e) ☐ Avec de l'aide ☐ Sur sollicitation

Vous savez préparer vos repas :

☐ Seule(e) ☐ Avec de l'aide ☐ Sur sollicitation ☐ Non

Vous faites vos courses :

☐ Seule(e) ☐ Avec de l'aide ☐ Sur sollicitation ☐ Non

Pour le ménage

Vous savez entretenir votre logement :

☐ Seule(e) ☐ Avec de l'aide ☐ Sur sollicitation ☐ Non

Vous savez entretenir votre linge :

☐ Seule(e) ☐ Avec de l'aide ☐ Sur sollicitation ☐ Non

Pour la toilette

Vous assurez votre hygiène corporelle :

☐ Seule(e) ☐ Avec de l'aide ☐ Sur sollicitation ☐ Non

Pour le suivi de votre santé

Vous gérez vos rendez-vous médicaux :

☐ Seule(e) ☐ Avec de l'aide ☐ Sur sollicitation ☐ Non

Si vous avez un traitement médicamenteux, vous le gérez :

☐ Seule(e) ☐ Avec de l'aide ☐ Sur sollicitation ☐ Non

Quelles sont les conséquences de votre handicap sur votre vie quotidienne ?

Exemple : J'ai des difficultés à me repérer dans mon quartier...

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Selon votre situation un stage en appartement d'application pourra vous être proposé afin d'évaluer votre projet et votre autonomie en logement.

Évaluation de votre autonomie complétée par :

Vous	Votre famille ou votre représentant légal	Un professionnel
Date :	Date :	Date :
Prénom, Nom :	Prénom, Nom :	Prénom, Nom :
		Fonction :
	Lien de parenté :	Etablissement :

Vos besoins

Si vous êtes ou avez été accueilli(e) dans un autre établissement ou service médico-social :

>>> Joindre le dernier Projet Personnalisé élaboré en établissement ou service.

Vos attentes

Quelle(s) activité(s) ou sortie(s) pratiquez-vous, ou souhaitez-vous pratiquer ?

En autonomie

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Accompagné(e) (en établissement, famille, proche...)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Dans quel domaine souhaitez-vous être soutenu(e) ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Documents à joindre obligatoirement à votre dossier

Documents administratifs

☐	☒	Photocopies des orientations MDPH en cours de validité
☐	☒	Le cas échéant, photocopie du récépissé de dépôt de la demande d'orientation à la MDPH
☐	☒	Photocopie recto/verso de votre pièce d'identité
☐	☒	1 photographie d'identité récente

Documents en lien avec votre accompagnement

☐	☒	Copie de votre Projet Personnalisé en cours dans l'établissement précédent
--------------------------	-------------------------------------	--

>>> Si vous avez besoin de précisions ou d'aide pour rassembler certains documents, n'hésitez pas à contacter le service.

Dossier complété par (compléter la ou les cases qui conviennent) :

Vous	Votre famille ou votre représentant légal	Un professionnel
Date :	Date :	Date :
Prénom, Nom :	Prénom, Nom :	Prénom, Nom :
		Fonction :
	Lien de parenté :	Etablissement :