

FICHE D'ORIENTATION EQUIPE MOBILE



En partenariat avec :



Date de la demande :

Personne concernée par la demande :

Nom et Prénom :

Adresse :

Date de naissance : Téléphone :

Adresse mail:

Situation familiale :

Situation professionnelle :

Ressources :

Type : Montant :€

Mesure de protection : ☐ oui ☐ non

Coordonnées mandataire :

.....
.....

Organisme ou personne à l'origine de la demande (si autre que personne concernée) :

- Nom :

- Fonction :

- Organisme :

- Coordonnées :

Etes-vous en lien régulier avec cette personne : ☐ oui ☐ non

- Si oui, lui avez-vous parlé du dispositif Décllic Habitat : ☐ oui ☐ non

- Avez-vous rempli le questionnaire suivant avec elle : ☐ oui ☐ non

Logement

1- Situation de la personne au regard du logement :

☐ Hébergée (chez un tiers, en structure...) ; Préciser :		☐ Propriétaire
☐ Locataire : ☐ parc privé ☐ parc social	Coordonnées du bailleur :	☐ Sans logement

2- Problématique(s) rencontrée(s) :

☐ Envahissements, squat hébergement,	☐ Mésusages du logement (difficultés d'entretien, dégradation, ...)	☐ Isolement
☐ Impayés de loyers	☐ Troubles du voisinage (bruits, comportements, ...)	☐ Aucune

Des procédures et/ou des demandes sont-elles engagées ☐ oui ☐ non (si oui, veuillez préciser)

.....

Informations complémentaires autour du logement :

.....

Santé

Difficulté(s) rencontrée(s) ou élément(s) à partager en lien avec :

☐ La santé physique (antécédents, suivis et coordonnées Médecin traitant et autre(s) si connu(s))

.....

☐ La santé psychique (connue des services de psychiatrie ? Préciser)

.....

☐ L'usage de produit(s) psychotrope(s) (*alcool, drogue, etc*)

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

Information(s) complémentaire(s) autour de la santé :

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

Intervenants sociaux & médico-sociaux

CCAS : ☐ oui ☐ non ☐ ne sais pas (*si oui par qui*) :

.....
.....

EDS (Assistantes sociales du Conseil Départemental) : ☐ oui ☐ non ☐ ne sais pas
(*si oui par qui*) :

.....
.....

Service d'aides à domicile : ☐ oui ☐ non ☐ ne sais pas (*si oui par qui*) :

.....
.....

Autre intervenant : ☐ oui ☐ non ☐ ne sais pas (*si oui par qui*) :

.....
.....

Proches (famille, amis) personne aidante : ☐ oui ☐ non ☐ ne sais pas

.....

Selon vous, quels pourraient être les objectifs d'accompagnement par DéclIC Habitat ?

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

Fiche à renvoyer à :

Antenne Nord (secteur EPSYLAN) : declichabitatnord@asso-leseauxvives.fr

Antenne Sud (secteur Daumezon) : declichabitatsud@asso-leseauxvives.fr