

Nom :

Prénom :



Date :.....

PHOTO

DOSSIER DE CANDIDATURE UNIQUE

Cocher la demande (1 seule case) :

- Appartement individuel - Bail glissant
- Appartement collectif
- Appartement d'essai
- Résidence Accueil (à préciser)
 - Villeurbanne
 - Crépieux

Toutes les informations contenues dans ce dossier sont soumises à confidentialité

Dossier à adresser à :

ASSOCIATION ORLOGES
19, rue Auguste Comte
69002 LYON

Dossier en 2 parties :

Partie 1 : à remplir par le (la) candidat(e)

Partie 2 : à remplir par l'équipe soignante

Orloges - 19, rue Auguste Comte - 69002 LYON
Tél : 04.78.38.06.54 - Mail : orloges.lyon@orange.fr - Site web : www.orloges.com

Nom :

Prénom :

PARTIE 1

A REMPLIR PAR LE (LA) CANDIDAT(E)

ETAT CIVIL

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Date et lieu de naissance :

Nationalité :

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

Il s'agit :

Appartement personnel

Hôpital

Famille

Appartement thérapeutique

Foyer

Autre :

Téléphone :

Portable :

Personne à contacter en cas d'urgence :

Son adresse :
.....
.....
.....

Téléphone :

Portable :

SITUATION DE FAMILLE

Célibataire

Marié(e)

Veuf(ve)

Séparé(e) depuis le :

Divorcé(e) depuis le :

Nombre d'enfants :

A charge :

Oui

Non

Orloges - 19, rue Auguste Comte - 69002 LYON
Tél : 04.78.38.06.54 - Mail : orloges.lyon@orange.fr - Site web : www.orloges.com

Nom :

Prénom :

RESSOURCES : TYPE ET MONTANT

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Salaire : | <input type="checkbox"/> Allocation Adulte Handicapé : |
| <input type="checkbox"/> Indemnités Journalières | Taux d'invalidité |
| <input type="checkbox"/> R.S.A : | <input type="checkbox"/> Pension d'invalidité : |
| <input type="checkbox"/> Autres : | |

FORMATION

Votre niveau de scolarité :

- | | | |
|---|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ecole primaire | <input type="checkbox"/> Collège | <input type="checkbox"/> Lycée |
| <input type="checkbox"/> Enseignement supérieur | <input type="checkbox"/> Autre : | |

EXPERIENCES PROFESSIONNELLES

Derniers emplois occupés (dates) :

.....

.....

.....

.....

.....

MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE DES MAJEURS

Vous bénéficiez d'une mesure de protection juridique des majeurs ? : oui non

- ◇ Tutelle
- ◇ Curatelle
- ◇ Sauvegarde de justice
- ◇ Autre

Nom et adresse du mandataire judiciaire :

.....

.....

.....

Téléphone : Portable :

Fax : Mail :

Orloges - 19, rue Auguste Comte - 69002 LYON
Tél : 04.78.38.06.54 - Mail : orloges.lyon@orange.fr - Site web : www.orloges.com

Nom :

Prénom :

CONTEXTE DE VOTRE DEMANDE

Avez-vous déjà eu un appartement ? (hors domicile parental) : OUI NON

Si oui, étiez-vous locataire : OUI NON Pendant combien de temps :

Qu'avez vous pensé de cette expérience ? :

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

Avez-vous déjà vécu dans un logement collectif ? : OUI NON

Si oui, dans quel type de foyer ? : Pendant combien de temps ? :

Qu'avez-vous pensé de cette expérience ? :

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

Avez-vous des loisirs ? OUI NON

Si oui, lesquels ?

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

Avez-vous des relations avec votre famille ? Des amis ? Comment organisez-vous votre vie quotidienne ?

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

Avez-vous des difficultés pour vous déplacer ? :

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

Orloges - 19, rue Auguste Comte - 69002 LYON
Tél : 04.78.38.06.54 - Mail : orloges.lyon@orange.fr - Site web : www.orloges.com

Nom :

Prénom :

Vous faites une demande pour (cochez une seule case) :

- Appartement individuel - Bail glissant
- Appartement collectif
- Appartement d'essai
- Résidence Accueil (à préciser)
 - Villeurbanne
 - Crépieux

Pourquoi ce choix ? :

.....

.....

.....

.....

Qu'attendez-vous de ce projet ? :

.....

.....

.....

.....

Quelles sont les difficultés que vous pensez rencontrer ? :

.....

.....

.....

.....

Pensez-vous avoir besoin d'un accompagnement ? Pourquoi ? Lequel ?

.....

.....

.....

.....

Dans quel délai imaginez-vous une entrée ?

.....

.....

.....

.....

Avez-vous d'autres demandes en cours ? Lesquelles ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Orloges - 19, rue Auguste Comte - 69002 LYON
Tél : 04.78.38.06.54 - Mail : orloges.lyon@orange.fr - Site web : www.orloges.com

Nom :

Prénom :



Nom et téléphone du référent médico-social qui oriente :

.....

Quel dispositif est demandé ? (1 seule case) :

- Appartement collectif
- Appartement individuel - Bail glissant
- Appartement d'essai
- Résidence Accueil
 - Villeurbanne
 - Crépieux

PARTIE 2

A REMPLIR PAR L'EQUIPE SOIGNANTE

EQUIPE SOIGNANTE

Service :

Adresse :

.....

Téléphone :

Médecin référent :

Mail et téléphone :

Infirmier(e) référent(e) :

Mail et téléphone :

Assistant(e) social(e) :

Mail et téléphone :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE CANDIDAT

1^{ère} hospitalisation :

Lieu :

Date :

Durée :

Nombre d'hospitalisations :

.....

.....

.....

Orloges - 19, rue Auguste Comte - 69002 LYON
Tél : 04.78.38.06.54 - Mail : orloges.lyon@orange.fr - Site web : www.orloges.com

Nom :

Prénom :

Dernière hospitalisation (date) :

En cours OUI NON

Complète :

Jour :

Nuit :

MODE DE PLACEMENT :

SUIVI AMBULATOIRE :

◇ CMP

◇ CATTp

◇ AUTRE

Capacité de la personne à investir le soin :

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

La personne adhère-t-elle au projet ?

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

Quelles sont ses attentes ?

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

Orloges - 19, rue Auguste Comte - 69002 LYON
Tél : 04.78.38.06.54 - Mail : orloges.lyon@orange.fr - Site web : www.orloges.com

Nom :

Prénom :

Quel est le parcours résidentiel ?

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

Quelles ont été les difficultés ?

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

Quelles sont les inquiétudes de l'équipe liées à ce projet ?

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

Question concernant les appartements d'essai

Qu'est-ce que l'équipe attend de cette expérience ?

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

Date :

Nom du référent :

Fonction :

Signature :