

DATE DE LA 1^{ère} DEMANDE : ___ / ___ / ___ Mise à jour le : ___ / ___ / ___

COORDONNÉES DE LA PERSONNE QUI A SAISI LA DEMANDE :

Structure : _____ Téléphone : ___ / ___ / ___ / ___ / ___
 Nom : _____ Courriel : _____

IDENTITÉ DE LA (DES) PERSONNE(S) CONCERNÉE(S) :

Conjoint

Nom : _____ Conjoint Nom : _____
 Prénom : _____ Prénom : _____
 Né(e) le : ___ / ___ / ___ Né(e) le : ___ / ___ / ___
 Sexe: F M Sexe: F M

COMPOSITION FAMILIALE / STATUT :

Célibataire Séparé(e) Autre précision : Divorce en cours
 Marié(e)s Concubinage Séparation en cours
 Divorcé(e) Veuf(ve) Ordonnance de non Conciliation
 Plainte

PERSONNES À CHARGE :

NOM	Prénom	Date de naissance	Observation
		___ / ___ / ___	
		___ / ___ / ___	
		___ / ___ / ___	
		___ / ___ / ___	
		___ / ___ / ___	
		___ / ___ / ___	

ANIMAUX DE COMPAGNIE : OUI NON

SITUATION ADMINISTRATIVE DEMANDEUR : Français Européen Visa
 Irrégulier DA

		Date(s) de validité :
Titre de séjour	<input type="checkbox"/> 10 ans <input type="checkbox"/> VPVF	Du ___ / ___ / ___
	<input type="checkbox"/> Autre : _____	Au ___ / ___ / ___
Droit travail	<input type="checkbox"/> Avec	Du ___ / ___ / ___
	<input type="checkbox"/> Sans	Au ___ / ___ / ___
Récipissé de demande de titre de séjour _____ <input type="checkbox"/>		Du ___ / ___ / ___
Attestation provisoire de séjour _____ <input type="checkbox"/>		Au ___ / ___ / ___
Ouverture de droit :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

SITUATION ADMINISTRATIVE CONJOINT : Français Européen Visa
 Irrégulier DA

		Date(s) de validité :
Titre de séjour	<input type="checkbox"/> 10 ans <input type="checkbox"/> VPVF	Du ___ / ___ / ___
	<input type="checkbox"/> Autre : _____	Au ___ / ___ / ___
Droit travail	<input type="checkbox"/> Avec	Du ___ / ___ / ___
	<input type="checkbox"/> Sans	Au ___ / ___ / ___
Récipissé de demande de titre de séjour _____ <input type="checkbox"/>		Du ___ / ___ / ___
Attestation provisoire de séjour _____ <input type="checkbox"/>		Au ___ / ___ / ___
Ouverture de droit :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	



COORDONNÉES DU DEMANDEUR :

Domiciliation : _____

Téléphone(s) : ___ / ___ / ___ / ___ / ___ ___ / ___ / ___ / ___ / ___

RÉFÉRENT :

Nom : _____ Prénom : _____

Structure: CCAS MDD Autre (précisez) _____

SITUATION BUDGÉTAIRE DU DEMANDEUR :

Emploi : OUI NON Couverture Sociale : OUI NON

Si oui, précisez laquelle : _____

RESSOURCES		CHARGES		DETTES	
type de ressources	Montant	Type de charges	Montant	Type de dettes	Montant
RSA <input type="checkbox"/>	_____	Loyer <input type="checkbox"/>	_____	Dettes locatives <input type="checkbox"/>	_____
Salaire <input type="checkbox"/>	_____	Assurance <input type="checkbox"/>	_____		
ASSEDIC <input type="checkbox"/>	_____	Téléphone <input type="checkbox"/>	_____	Autres dettes <input type="checkbox"/> <i>(à préciser)</i>	_____
AAH <input type="checkbox"/>	_____	Energie <input type="checkbox"/>	_____		
Retraite <input type="checkbox"/>	_____	Mutuelle <input type="checkbox"/>	_____		
ATA <input type="checkbox"/>	_____	Impôts <input type="checkbox"/>	_____		
Autres <input type="checkbox"/>	_____	Frais de garde <input type="checkbox"/>	_____		
		Transport <input type="checkbox"/>	_____		
		Remboursement de crédit <input type="checkbox"/>	_____		
		Plan BDF <input type="checkbox"/>	_____		
TOTAL		TOTAL		TOTAL	
BALANCE : _____				Dossier surendettement : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

SITUATION PHYSIQUE :

Sur Orléans depuis le ___ / ___ / ___

Situation au moment de la demande :

Hébergement aléatoire (amis,

famille, proches...) Hébergement d'insertion Incarcération

Accueil de nuit Procédure d'expulsion Centre maternel

Sans Domicile (SDF) Hébergement insalubre Hôtel

Camping Logement autonome CADA / HUDA

CHU Logement adapté MECS

Hospitalisation Fin PEC ASE Autre

Précisez : _____

Précisez : _____

CRITÈRE DE VULNÉRABILITÉ : *(les critères de vulnérabilité ne sont pas des critères de priorisation des situations et ne sont pas prioritaires les uns par rapport aux autres).*

Age de la personne : _____

Victime de violences : OUI NON

Isolement (présence ou non de relais par un tiers) : OUI NON

Urgence (quel danger risque la personne ?) : _____

Femme enceinte : OUI NON

Présence de mineur(s) et âge(s) : _____

Problème de santé : OUI NON

Si oui, précisez : Handicap pathologie sortie de structure hospitalière

Autre : _____

Mesure de protection des majeur(s) vulnérables (tutelle) : OUI NON

Si oui, coordonnées du tuteur : _____



SITUATION AU REGARD DU LOGEMENT :

Expérience locative : OUI NON

Recherche de logement : OUI NON

Préciser le type de logement : _____

Préciser le secteur géographique : _____

Demande de logement bailleurs sociaux : OUI NON

Date de dépôt et de réactualisation des dossiers : __ / __ / __

Demande de logement auprès des mairies : OUI NON

Date de dépôt et de réactualisation des dossiers : __ / __ / __

Réservation préfectorale : OUI NON

Date de dépôt et/ou réactualisation : __ / __ / __

Estimation APL : _____

DALO : OUI NON

FREINS DÉJÀ IDENTIFIÉS À L'ACCÈS AU LOGEMENT AUTONOME :

Dettes locatives

Autres dettes

Freins liés à la situation administrative (Impôts, divorce, accès aux droits...)

Difficultés à accepter l'accompagnement social

PRÉCONISATIONS POUR L'HÉBERGEMENT OU LE LOGEMENT :

N°1

N°2

N°3

N°4

