



**DOSSIER DE CANDIDATURE**  
(Cocher une seule proposition)

- Appartements associatifs
- Bail glissant
- Logement conventionné avec le SPIP
- IMLS (se reporter à la fiche d'orientation)
- Résidence accueil de Bergerac
- Résidence accueil de Sarlat
- Résidence accueil de Périgueux
- Résidence accueil de Montpon

Date de la demande : .... / .... / .....

**Identité du candidat**

Nom : ..... Prénom(s) : .....

Date de naissance : ..... / ..... / ..... Lieu de naissance : ..... Nationalité : .....

Téléphone fixe : ..... Téléphone mobile : .....

**Situation familiale**

- |                                      |                                     |                                    |
|--------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Célibataire | <input type="checkbox"/> Divorcé(e) | <input type="checkbox"/> Séparé(e) |
| <input type="checkbox"/> Marié(e)    | <input type="checkbox"/> Veuf(ve)   | <input type="checkbox"/> Pacsé(e)  |

Enfants (nom, prénom, date de naissance, modalités de l'exercice parentale, liens conservés) :

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

Présence de personnes ressources (familiales ou amicales) :

.....  
.....

Personnes à contacter en cas d'urgence (nom, prénom, adresse, numéro de téléphone, préciser le lien) :

.....  
.....

**Organismes sociaux**

Organisme de sécurité sociale : .....

N° Sécurité Sociale : .....

Bénéficiaire de la CMU – C : .....

Bénéficiaire d'une mutuelle : .....

Caisse d'allocations familiales : .....

N° CAF : .....

**Informations diverses (permis, véhicule...)**

## SITUATION ACTUELLE

Logement (adresse du lieu de vie actuel, expérience de vie en logement)

### Ressources et gestion budgétaire

- |                              |  |   |
|------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> AAH | <input type="checkbox"/> Pension d'invalidité    | <input type="checkbox"/> Allocation Chômage |
| <input type="checkbox"/> RSA | <input type="checkbox"/> Indemnités journalières | <input type="checkbox"/> Retraite           |

Organisme payeur : .....

### Mesure de protection

- |  |  |                                  |
|--|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sauvegarde de justice | <input type="checkbox"/> Curatelle simple    | <input type="checkbox"/> Tutelle |
| <input type="checkbox"/> MASP                  | <input type="checkbox"/> Curatelle renforcée |                                  |

Organisme : .....

Mandataire judiciaire : .....

Insertion (*situation au regard de l'emploi, insertion sociale, pratique d'activité*)

Autonomie (*prise en charge personnelle relative au domaine de la vie quotidienne : capacité à entretenir son*

Santé (reconnaissance MDPH, suivi spécialisé, carte d'invalidité)

**SUIVI**

Intervenant	Nom	Organisme	Téléphone	Mail
Suivi social				
Mesure de protection				
Travailleur social				
Suivi médical				
Médecin généraliste				
Médecin psychiatre				

**PROJET INDIVIDUEL DU CANDIDAT : OBLIGATOIRE – À remplir par le candidat**

*Expliquer quelles sont vos motivations à intégrer un logement ?  
Motifs de votre demande ? Objectifs attendus ? Vos souhaits et attentes ?*

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Des alternatives sont-elles envisagées en dehors du projet de l'association Croix Marine ?

.....

.....

.....

Je certifie :

- que les informations données sont exactes
- avoir été informé (e) que l'entrée dans le logement ne pourra avoir lieu qu'après un entretien avec le travailleur social du service et la décision d'admission en commission d'attribution des logements.

Fait à : ..... Le : .... / .... / .....

Signature du demandeur :

Service Prescripteur (présence du prescripteur obligatoire à la commission)

Nom et adresse du service :

Nom de l'interlocuteur :

Tel :

Mail :

Pièce à joindre (attention tout dossier incomplet sera retourné)

- Note sociale du service prescripteur
- Copie de la carte d'identité
- Justificatifs de ressources
- Certificat médical d'un médecin d'un médecin psychiatre pour toute demande d'appartement associatif.

Documents supplémentaires à prévoir en cas d'admission

- Attestation CAF
- Copie du dernier avis d'imposition
- Attestation d'assurance responsabilité civile

**Dossier à renvoyer :**

Association Croix Marine  
A l'attention de Mme Aurore MARCILLAC  
7 rue des Pétunias  
24750 TRELISSAC

**Cadre réservé à l'association :**

Date de réception du dossier : .....

Dossier complet :

- Oui
- Non

Date de l'examen en commission : .....

Décision :

- Accepté
- Ajourné
- Refusé

Motif : .....