



## ORIENTATION EN INTERMÉDIATION LOCATIVE SPECIALISÉE

Date de l'orientation : .... / .... / .....

### Identité du candidat

Nom : ..... Prénom(s) : .....

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

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

### Situation familiale

Célibataire

Divorcé(e)

Séparé(e)

Marié(e)

Veuf(ve)

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: .....



## SITUATION ACTUELLE

Informations diverses (permis, véhicule...)

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

### Ressources et gestion budgétaire

AAH

RSA

Pension d'invalidité

Indemnités journalières

Allocation Chômage

Retraite

Organisme payeur : .....

### Mesure de protection

Sauvegarde de justice

MASP

Curatelle simple

Curatelle renforcée

Tutelle

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 logement, capacité à faire les courses, se préparer un repas, gestion administrative et du budget...*)

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 – A remplir par le candidat

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

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

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.

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

Signature du demandeur :



## Service Prescripteur

Nom et adresse du service :

Nom de l'interlocuteur :

Tel :

Mail :

## Pièce à joindre

- Note sociale du service prescripteur
- Copie de la carte d'identité
- Justificatifs de ressources

### Dossier à envoyer :

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

### Cadre réservé à l'association :

Date de réception du dossier : .....

Dossier complet :

- Oui
- Non

Décision :

- Accepté
- Ajourné
- Refusé

Motif : .....

