

Ce dossier d'inscription nous permet de mieux connaître vos difficultés de santé et permet ainsi de pouvoir étudier votre candidature pour intégrer le dispositif ULS.

Dossier d'inscription renseigné par :

Le demandeur Conjoint Enfant Parent Colocataire Curateur/Tuteur

DEMANDE DE LOGEMENT SOCIAL

Numéro Unique D'enregistrement (18 caractères) : _____

Nombre de personnes en situation de handicap au sein du foyer ? 1 2

	DEMANDEUR	CO-DEMANDEUR
Nom :	M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/>	M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/>
Nom de naissance :		
Prénom :		
Date de naissance :		
N° de Sécurité Sociale	_____	_____
Nationalité :	Française <input type="checkbox"/> Union Européenne <input type="checkbox"/> Hors UE <input type="checkbox"/>	Française <input type="checkbox"/> Union Européenne <input type="checkbox"/> Hors UE <input type="checkbox"/>
Adresse complète :		
Téléphone :	Fixe : Portable :	Fixe : Portable :
Mail :		
Situation de famille :	Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Concubin(e) <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/>	Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Concubin(e) <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/>
Situation de handicap :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Autres personnes présentes dans le logement :

	NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE	SEXE	HANDICAP OU PERTE D'AUTONOMIE	LIEN DE PARENTE
1				M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/> Garde alternée <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>
2				M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/> Garde alternée <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>

HANDICAP / PERTE D'AUTONOMIE DE LA PREMIERE PERSONNE PRESENTE AU FOYER

Monsieur Madame NOM : Prénom :

Lien avec demandeur : Moi-même Conjoint Enfant Parent Colocataire

Nature du handicap :

Moteur <input type="checkbox"/> : - Membres supérieurs <input type="checkbox"/> - Membres inférieurs <input type="checkbox"/>	Sensoriel <input type="checkbox"/> : - Déficience auditive <input type="checkbox"/> - Déficience visuelle <input type="checkbox"/>
Psychique <input type="checkbox"/>	Cognitive ou mentale <input type="checkbox"/>
Maladie invalidante <input type="checkbox"/>	Perte d'autonomie <input type="checkbox"/> (pour les personnes de plus de 60 ans) Si reconnaissance GIR, préciser le niveau :
Autre <input type="checkbox"/> : Merci de préciser :	

Votre handicap est : Stabilisé Evolutif

Taux d'incapacité : < 80% > 80% Reconnaissance MDPH : Oui Non En cours

RQTH : Oui Non

Carte mobilité inclusion :

Mention « invalidité » Avec besoin d'accompagnement Oui Non

Mention « priorité pour personnes handicapées »

Mention « stationnement pour personnes handicapées »

Présence d'une tierce personne : Oui Non

De quels moyens de compensation bénéficiez-vous ? :

ACTP (Allocation Compensatrice pour Tierce Personne) : ...%

MTP (Majoration pour Tierce Personne) :€

APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie) :Heures mensuelles.

PCH (Prestation de Compensation du Handicap) : Heures mensuelles en prestataire.
..... Heures mensuelles en mandataire.
..... Heures mensuelles en embauche directe (CESU, etc.).
..... Heures mensuelles d'aidant familial.

Nom et coordonnées de votre service d'aide à domicile :

Présence la nuit : Oui Non

Capacités motrices :

- Si vous marchez, quel est votre périmètre de marche en mètres : mètres.
- Déplacements dans le logement :
Sans appareillage Avec appareillage (Préciser ci-dessous)
Canne / Béquilles Déambulateur Fauteuil roulant manuel Fauteuil roulant électrique
- Monter des marches :
Impossible Plusieurs marches un étage plusieurs étages
Si oui, avec main-courante/rampe : Oui Non

- Transfert WC :
Seul (e) Avec aide humaine Avec matériel Préciser :
- Si utilisation d'une baignoire :
Le transfert se réalise seul(e) Avec aide humaine Avec matériel Préciser :
- Si utilisation d'une douche :
Le transfert se réalise seul(e) Avec aide humaine Avec matériel Préciser :
- Capacité à ouvrir une porte d'immeuble : Oui Non
Une porte de logement : Oui Non
- Utilisez-vous d'autres appareillages/aides techniques :
Lève personne Lit médicalisé Appareil respiratoire Siège de douche
Autres Préciser :

HANDICAP / PERTE D'AUTONOMIE DES AUTRES PERSONNES PRESENTES AU FOYER (SI BESOIN)

(Copier la rubrique ci-dessus)

SITUATION PROFESSIONNELLE ET RESSOURCES

EMPLOI	DEMANDEUR	CONJOINT OU CO-TITULAIRE	AUTRE(S) PERSONNE(S)
Profession			
Type de contrat	<input type="checkbox"/> CDI ou Fonctionnaire <input type="checkbox"/> Agent public <input type="checkbox"/> CDD, Stage, Intérim <input type="checkbox"/> Artisan, commerçant, Profession libérale	<input type="checkbox"/> CDI ou Fonctionnaire <input type="checkbox"/> Agent public <input type="checkbox"/> CDD, Stage, Intérim <input type="checkbox"/> Artisan, commerçant, Profession libérale	<input type="checkbox"/> CDI ou Fonctionnaire <input type="checkbox"/> Agent public <input type="checkbox"/> CDD, Stage, Intérim <input type="checkbox"/> Artisan, commerçant, Profession libérale
Salaire ou revenu d'activité € € €

Si vous vivez en couple, votre conjoint :

- Exerce une activité professionnelle de jour.
- Exerce une activité professionnelle de nuit.
- N'exerce pas ou plus d'activité professionnelle.

AUTRES RESSOURCES	DEMANDEUR	CONJOINT OU CO-TITULAIRE	AUTRE PERSONNE
Retraite	€	€	€
AAH (Allocation Adulte Handicapé)	€	€	€
MVA (Majoration pour la vie Autonome)	€	€	€
Complément de ressources	€	€	€
Pension d'invalidité	€	€	€
RSA (Revenu de Solidarité Active)	€	€	€
Indemnité journalières (CPAM)	€	€	€

Indemnité chômage	€	€	€
PCH (Prestation Compensatrice de Handicap) Tierce personne	€	€	€
AEEH (Allocation d'Education d'Enfant Handicapé)	€	€	€
Prestations familiales (hors apl)	€	€	€
Pension alimentaire versée	€	€	€
Pension alimentaire reçue	€	€	€
Autre (Hors APL). Merci de Préciser :	€	€	€

REVENU FISCAL DE REFERENCE

Avis d'imposition du demandeur Conjoint ou co-titulaire

Sur les revenus de l'année 2019 (année en cours moins 2)	€	€
Sur les revenus de l'année 2020 (année en cours moins 1)	€	€

VOTRE HEBERGEMENT OU LOGEMENT ACTUEL

Hébergement chez un tiers Sans hébergement ou en structure d'accueil (préciser) :

Propriétaire occupant

Locataire du parc HLM Nom du Bailleur :

Locataire du parc privé

Loyer :€ APL :€

Avez-vous des dettes locatives ? Oui Non Si oui, quel est le montant :€

Avez-vous engagé des démarches de régularisation : Oui Non

Si oui, lesquelles :

Appartement Maison Duplex : Oui Non

Type du logement : T1 T2 T3 T4 T5

Superficie : m² Nombre d'occupants :

Rez-de-chaussée 1^{er} étage 2^{ème} étage 3^{ème} étage Autre, précisez :

Ascenseur : Oui Non

Votre logement est-il accessible avant d'arriver à votre porte d'entrée : Oui Non

Si non, précisez les obstacles : Escalier Marche/ressaut Autre Préciser :

La circulation dans le logement vous permet-elle d'accéder à toutes les pièces : Oui Non

Si non, précisez les obstacles : Couloir trop étroit Largeur des portes Autre Préciser :

Salle de bain : Baignoire Douche avec bac Douche à siphon de sol (à l'italienne)

WC avec espace de transfert : Oui Non

Merci de préciser les contraintes en lien avec votre handicap que vous rencontrez dans votre hébergement ou logement :

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

LE LOGEMENT ULS RECHERCHÉ

Localisation : Mérignac

Nombre de personnes devant occuper le logement :

Appartement de type : T2 T3 Indifférent

Niveau souhaité : Nous rappelons que pour ce projet, seul deux logements (de type T3) sont en rez-de-chaussée.

Rez-de-chaussée uniquement Rez-de-chaussée ou en étage avec ascenseur

Uniquement en étage avec ascenseur

VOS BESOINS EN AIDE HUMAINE

Si votre service d'aide n'intervient pas sur la commune de Mérignac, seriez-vous prêt à en changer :

Oui Non

Actes de la vie quotidienne :

Vous pouvez vous lever, vous coucher Oui Difficilement Aide indispensable

Vous pouvez vous habiller/déshabiller Oui Difficilement Aide indispensable

Vous pouvez aller au WC Oui Difficilement Aide indispensable

Vous pouvez faire votre toilette Oui Difficilement Aide indispensable

Vous pouvez préparer vos repas Oui Difficilement Aide indispensable

Vous pouvez manger seul Oui Difficilement Aide indispensable

Vous pouvez aller faire vos courses Oui Difficilement Aide indispensable

Vous pouvez utiliser le téléphone Oui Difficilement Aide indispensable

Vous pouvez utiliser l'informatique Oui Difficilement Aide indispensable

Nombre d'heures totale d'aides humaines mensuelles (toutes interventions confondues) : Heures.

Le nombre d'heures de votre plan de compensation est-il suffisant pour couvrir l'ensemble de vos besoins dans un logement indépendant ? Oui Non

Autres intervenants à domicile :

Infirmier Kinésithérapeute Aide-soignant Autres :

Soins : Pansements Aspirations endo-trachéales Soins d'escarre Autres :

Besoin d'aide active la nuit : Oui Non

Si oui : Nombre d'intervention par nuit :Heures.

Actes réalisés :

Besoin d'aide passive (surveillance) la nuit : Oui Non

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Comment vous déplacez-vous :

Avec votre propre véhicule Avec un transport adapté de type « MOBIBUS »

En transport en commun (Tramway et bus)

Etes-vous sous mesure de protection judiciaire (Sauvegarde de justice, curatelle et tutelle) : Oui Non

Si oui : Habilitation familiale Curatelle simple Curatelle renforcée Tutelle

Merci de renseigner les coordonnées de l'organisme et nom du curateur(trice)/tuteur(trice) :

.....
.....

Etes-vous accompagné par un service social ou médico-social : Oui Non

Si oui, coordonnées du service et du travailleur social :
.....

Qui vous a orienté vers notre service pour faire votre demande ?

.....
.....