 

1/6

 **PRÉFÈTE DE LA VIENNE**

# FICHE UNIQUE EVALUATION SOCIALE

 **[ ]  SIAO** **[ ]  RP** **[ ]  ASLL**

 **case a cocher :** Cliquer 2 fois sur la case à cocher –dans valeur par défaut cocher case activée

**Date de la demande**:

**Personnes et structure ayant effectué l’entretien  :**

###### ORIGINE DE L’ORIENTATION

|  |
| --- |
| Identité du service et/ou de la structure :  Coordonnées : adresse : Téléphone : Mail :  |

######  NATURE DE LA DEMANDE

**[ ]** Logement autonome **[ ]**  Résidence sociale **[ ]** Résidence socialeHabitat jeune (ex FJT)

**[ ]** Maison relais **[ ]** Hébergement (alt-chrs) **[ ]** Accompagnement Vers et Dans le Logement (AVDL)

 ⏵*Apte à l’hébergement collectif* **:** **[ ]** oui**[ ]** non

|  |  |
| --- | --- |
| **Démarches entreprises auprès des offices** | **[ ]  oui [ ]  non** |
|   *N° et date de dépôt* Préciser :      |

###### SITUATION FAMILIALE

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **LE DEMANDEUR** | **LE CONJOINT** |
| Nom |  |  |
| Prénom |  |  |
| Sexe |  |  |
| Date et lieu de naissance |  |  |
| Adresse ou domiciliation  |  |  |
| Téléphone  |  |  |

**[ ]**  Célibataire **[ ]**  Vie maritale **[ ]**  Marié*(e)* **[ ]**  PACS **[ ]**  Séparé*(e*) **[ ]**  Divorcé(e) **[ ]** Veuf *(ve)*

2/6

# FICHE UNIQUE EVALUATION SOCIALE SIAO, RP, ASLL

######  ENFANTS A CHARGE OU AUTRE PERSONNE VIVANT AU FOYER

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Noms et prénoms  | Sexe | Date de naissance | **Lien** *(enfant, ascendant…)* | **Situation***(emploi, études …)* |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**(*si les enfants ne vivent pas au domicile mais sont accueillis régulièrement, merci de préciser les modalités*)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre d’enfants accueillis** |  | **[ ]** *Droit de visite* | **[ ]** *Droit d’hébergement*  |
|  | *Périodicité :* …………………………………………………………… |

###### CONDITIONS AU REGARD DU LOGEMENT OU DE L’HEBERGEMENT AU MOMENT DE LA DEMANDE

|  |  |
| --- | --- |
| ***Conditions*** | ***Commentaires*** |
| **[ ]**  | Sans logement |  |
| **[ ]**  | Hébergement précaire (camping, caravane) |  |
| **[ ]**  | Hébergement gratuit (famille, amis) |  |
| **[ ]**  | Hébergement d’urgence ou d’insertion |  |
| **[ ]**  | Structure médico-sociale |  |
| **[ ]**  | Structure judiciaire |  |
| **[ ]**  | Logement temporaire (ALT, résidence sociale…) |  |
| **[ ]**  | Maison relais |  |
| **[ ]**  | Résidence pour étudiant |  |
| **[ ]**  | Logement autonome  [ ]  Parc public [ ]  parc privé  |  |
| **[ ]**  | Accédant à la propriété **[ ]**  Propriétaire  |  |

3/6

# FICHE UNIQUE EVALUATION SOCIALE SIAO, RP, ASLL

###### MOTIFS DE LA DEMANDE EXPRIMES PAR LE MENAGE

|  |  |
| --- | --- |
| ***Motifs*** | ***Précisions éventuelles*** |
| **[ ]**  | Arrive en France |  |
| **[ ]**  | Absence de ressources |  |
| **[ ]**  | Fin d’hospitalisation |  |
| **[ ]**  | Sortie de prison |  |
| **[ ]**  | Fin de prise en charge ASE |  |
| **[ ]**  | Séparation ou rupture de liens familiaux |  |
| **[ ]**  | Violences familiales |  |
| **[ ]**  | Regroupement familial |  |
| **[ ]**  | Handicap / santé |  |
|  **[ ]**  | Absence de logement ou d’hébergement |  |
| **[ ]**  | Expulsion locative |  |
| **[ ]**  | Logement insalubre/indigne/indécent |  |
| **[ ]**  | Logement repris par le propriétaire |  |
| **[ ]**  | Rapprochement du lieu de travail |  |
| **[ ]**  | Autres (précisez) |  |

###### RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS DU ou DES DEMANDEUR(S)(renseignements demandés en rapport avec l’accès au logement social)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   | **LE DEMANDEUR** | **LE CONJOINT** |
| Nationalité  | **[ ]  F [ ]  U.E [ ]  Hors U.E** | **[ ]  F [ ]  U.E [ ]  Hors U.E** |
| **Carte d’identité** | **[ ]  oui [ ]  non** | **[ ]  oui [ ]  non** |
| **Si la nationalité hors CE** : |  |  |
| - Durée de validité du titre  | **⏵**  | **⏵**  |
| - Nature du titre de séjour | **⏵**  | **⏵**  |

###### SITUATION ADMINISTRATIVE DU DEMANDEUR

|  |
| --- |
|  **[ ]** CAF  **[ ]** MSA  **[ ]** N° Allocataire :…………………… |
|  N° de sécurité sociale : ………………………………………… **[ ]** CMU **[ ]**  CMU complémentaire **[ ]** Mutuelle **[ ]** ne sait pas |
| **Démarches administratives en cours** :       |

4/6

# FICHE UNIQUE EVALUATION SOCIALE SIAO, RP, ASLL

######  SITUATION PROFESSIONNELLE

|  |  |
| --- | --- |
| **LE DEMANDEUR** | **LE CONJOINT** |
|  **[ ]  Emploi** |  **[ ]  Emploi** |
|  **[ ]** CDI |  **[ ]** CDI |
|  **[ ]** CDD/Saisonnier Date de début : ……….. Date de fin : ………….….. |  **[ ]** CDD/Saisonnier  Date de début : ……….. Date de fin : ………….….. |
|  **[ ]** Temps partiel  | **[ ]** Intérim |  **[ ]** Temps partiel **[ ]** Intérim |
|  **[ ]** Apprenti | **[ ]** Stagiaire |  **[ ]** Apprenti **[ ]** Stagiaire |
|  **[ ]** Autre *(à préciser*)…………  |  **[ ]** Autre *(à préciser*)……............  |
| [ ] **Demandeur d’emploi***si indemnisation Pôle Emploi, veuillez indiquer*Date de début : …………….. date de fin : ………….…..  |  **[ ]**  **Demandeur d’emploi***si indemnisation Pôle Emploi, veuillez indiquer*Date de début : …………….. date de fin : ………….….. |
| **[ ]  Retraite** | **[ ]  Retraite** |
| **[ ]  Sans activité** *(à préciser*  | **[ ]  Sans activité** *(à préciser)*…………………………. |

###### SITUATION BUDGETAIRE (MENSUELLE)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| RESSOURCES | **Monsieur** | **Madame**  | **Autre personne** | CHARGES |
| Revenu(s) d’activité |  |  |  | Participation à l’hébergement  |  |
| Allocations versées par Pôle Emploi (ARE/ ASS/ATA) |  |  |  | Loyer ou échéance de prêt accession |  |
| RSA |  |  |  | Charges locatives quittancées………………………………………..………………………………………..……………………………………….. |  |
| ⮩ [ ]  Socle [ ]  Majoré [ ] Activité  |
| AAH |  |  |  | Chauffage |  |
| Pension Invalidité |  |  |  | Eau |  |
| Prestations familiales |  |  |  | Electricité ………………………..Gaz …….…………………………. |  |
| Pension de Retraites |  |  |  | Assurance Habitation |  |
| *(dont minimum vieillesse)* | Téléphone |  |
| Aide au Logement |  |  |  | Remboursement prêt (s) FSL |  |
| ⮩ **[ ]**  Versée au bailleur [ ]  APL [ ]  AL | *Autres (à préciser- y compris les remboursements de crédits)*     |  |
| Autres (à préciser) : |  |  |  |
|     |
| **Total des ressources** |  |  |  | **Total des charges** |  |
| **Total des ressources perçues par l’ensemble des personnes vivant au foyer** |  |

5/6

# FICHE UNIQUE EVALUATION SOCIALE SIAO, RP, ASLL

###### ENDETTEMENT DU MENAGE

|  |  |
| --- | --- |
| Nature  | Montant  |
| **Dettes locatives :**  |  |
|  |  |
|  |  |
| **Dettes FSL :** |  |
|  |  |
| **Autres Dettes :**  |  |
|  |  |
|  |  |
| Total des dettes |  |

## Situation de surendettement [ ]  oui [ ]  non Dépôt de dossier de surendettement  [ ]  oui [ ] non

## Date du dépôt de dossier à la Banque de France : …………………………………… Moratoire [ ]  oui [ ]  non

**Commentaire du ménage**:

**Liquidation judiciaire**  [ ]  **oui** [ ]  **non**  Date du dépôt de dossier :

######  SI LE MENAGE EST EN PROCEDURE D’EXPULSION *(indiquer la date puis le stade de la procédure)*

Date : …………………………………………

[ ]  Assignation à comparaître [ ] commandement de quitter les lieux [ ]  concours de la force publique

**Commentaire du ménage**:

Si le motif de cette procédure n’est pas lié aux impayés de loyer, indiquer le(s) motif(s) :

######  SITUATION AU REGARD DES AIDES FINANCIERES DU FSL

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Accord (date)** | **Refus (date)** | **A solliciter** |
| Accès |  |  | [ ]  |
| Maintien |  |  | [ ]  |
| Energie |  |  | [ ]  |

######  SITUATION AU REGARD DES DISPOSITIFS D’AIDE AU LOGEMENT

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Dispositifs | Dates et précisions | A solliciter |
| **[ ]** Réservation Préfectorale | Date de la première demande :  | **[ ]**  |
|  | Motif de la demande :   |  |
| **[ ]** Commission DALO  | Date  | Dossier en cours  | Classé prioritaireet urgent  | A solliciter |
| Hébergement | …………………………. | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  |
| Logement | …………………………. | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  |

6/6

# FICHE UNIQUE EVALUATION SOCIALE SIAO, RP, ASLL

###### MESURE(S) D’ACCOMPAGNEMENT EN COURS

 🡪 Indiquer **la nature puis la date d’échéance de l’accompagnement** ; le ou les nom/s du/des référent/s et ses coordonnées

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nature de l’accompagnement** | **Date échéance** | **Nom et coordonnées du référent** |
| [ ]  Accompagnement social par un référent unique RSA |  |  |
| [ ]  Mesure d’Accompagnement Budgétaire Administrative (*Accompagnement en Economie Sociale et Familiale* ***(AESF****)*- *en économie budgétaire* ***(AEB****)* si Mesure d’Accompagnement Social Personnalisé **(MASP)** Préciser………………………  |  |  |
| [ ]  Mesure d’Accompagnement Judiciaire (MAJ) ou Mesure Judiciaire d’Aide à la Gestion du Budget Familial (MJAGBF) |  |  |
| [ ]  Curatelle |  |  |
| [ ]  Tutelle |  |  |
| [ ]  Accompagnement Social Lié au Logement (ASLL)  |  |  |
| [ ]  Accompagnement Vers et Dans le Logement (AVDL)  |  |  |
| [ ]  Autre(s) à préciser |  |  |

**Remarque : cette première partie est à remplir pour toute demande : Service Intégré de l'Accueil et de l'Orientation (SIAO), Réservation Préfectorale (RP) et Accompagnement Social Lié au Logement (ASLL)**

 **Pour chaque dispositif, un feuillet complémentaire est à renseigner.**

|  |
| --- |
| *Je soussigné(e) ………………………………………………**demande que ma situation soit examinée dans le cadre des* ***commissions d’orientation****:* **[ ]  Du SIAO**  |
| **[ ]** sur le territoire de la Vienne | [ ]  de Poitiers | [ ]  de Châtellerault | [ ]  de Montmorillon |
| **[ ]** dans le cadre descommissions **ASLL** |
| **[ ]** dans le cadre des Commissions de **Réservation Préfectorale**  |
| *Je* ***donne mon accord*** *pour que les informations contenues dans ce document puissent* ***être fournis******aux professionnels*** *susceptibles de m’accompagner dans mes démarches* \* |
| Signature du (ou **des) demandeur(s)**🞟 | **Signature du prescripteur****Nom et coordonnées** 🞟 |

\* vous disposez d’un droit d’accès, de modification, de rectification et de suppression des données qui vous concernent (*articles 39,41 et 42 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée)*

1/1 siao

# FEUILLET COMPLEMENTAIRE EVALUATION SOCIALE SIAO

**Date de la demande**:

**Personnes et structure ayant effectué l’entretien  :**

######  EXPOSE DE LA SITUATION

**[ ]** Problème administratif **[ ]** Problème financier **[ ]** Problème de santé**[ ]** Problème de justice

|  |
| --- |
| **ARGUMENTAIRE (parcours – besoins – propositions d’orientations)** |

🡺

Nom et coordonnées

Signature du travailleur social qui a instruit la demande :

🞟

1/3RP

# FEUILLET COMPLEMENTAIRE RP

**Date de la demande**:

**Personnes et structure ayant effectué l’entretien  :**

###### SITUATION AU REGARD DU LOGEMENT

###### Si le ménage est locataire d’un logement, indiquer les caractéristiques du logement

 **[ ]** Pavillon **[ ]**  Appartement **[ ]**  Type : ……………

 **[ ]** Parc privé **[ ]**  Parc public

**[ ]** Situation de surpeuplement signalée par la CAF **[ ]** la MSA Indiquez la **superficie** du logement : ……………

###### Si l’aide au logement n’est plus versée, indiquer la date et le motif

###### Si le ménage a une dette locative, indiquer les éléments suivants

Montant de la dette locative : depuis quelle date ? : ………………

Le ménage a t-il repris le paiement du loyer courant ? : [ ]  Oui [ ]  Non depuis quelle date ? :……………

Indiquer la date (*et* *si paiement partiel du loyer indiquer le montant*) : ……………..….…………………….………………..

………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………

Un plan d’apurement a t-il été mis en place ? : [ ]  Oui [ ]  Non Montant mensuel : ……………..….…………

🡺 **DOCUMENT A JOINDRE** : 🟁 plan d’apurement 🟁 plan conventionnel de redressement avec état détaillé

2/3 RP

# FEUILLET COMPLEMENTAIRE RP

###### Si un mauvais état du logement occupé a été constaté, indiquer la procédure concernée ou les démarches en cours

Indécence constatée par : [ ]  la CAF [ ]  la MSA

[ ]  Arrêté préfectoral d’insalubrité [ ] Saturnisme infantile [ ]  Arrêté de péril

[ ]  Désordres constatés au regard du Règlement Sanitaire Départemental

**Les démarches en cours :**

*🟁* Veuillez transmettre **le justificatif** constatant le mauvais état du logement.

###### LA DEMANDE DE LOGEMENT

**DEMANDE DE LOGEMENT HLM**

#### LOGEMENT ET COMMUNES SOUHAITES

**[ ]** Pavillon \* **[ ]** Appartement Type : ……………………………

*\* Si la demande concerne uniquement un pavillon, veuillez préciser les motifs dans l’exposé de situation.*

Commune (s) :

###### SITUATION AU REGARD DU SIAO

|  |  |
| --- | --- |
| **[ ]** Commission SIAO Si l’orientation RP est faite par la commission SIAO, indiquez si la demande est liée  à une :**[ ]** demande **directe** d’entrée en logement **[ ]**  sortie d’hébergement | Date de la commission :  |
| Motif de la demande :   Préconisations par la commission SIAO : ….…………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………… |
|  |  |

# FEUILLET COMPLEMENTAIRE EVALUATION SOCIALE RESERVATION PREFECTORALE

3/3 RP

**Date de la demande**:

**Personnes et structure ayant effectué l’entretien  :**

###### EXPOSE DE SITUATION

(L’exposé de situation s’appuie sur l’analyse des volets suivants : social, administratif et juridique, logement et financier)

🡺

Nom et coordonnées

Signature du travailleur social qui a instruit la demande :

🞟

1/2 ASLL

# FEUILLET COMPLEMENTAIRE ASLL

**Date de la demande**:

**Personnes et structure ayant effectué l’entretien  :**

###### MOTIF(S) DE LA DEMANDE ASLL

[ ]  définition d’un projet logement  [ ]  difficulté d’appropriation du logement  [ ]  séparation / décohabitation

[ ]  expulsion [ ]  difficultés budgétaires [ ]  logement inadapté / ressources

[ ]  logement inadapté / composition familiale [ ]  mauvais état du logement

[ ]  Sorties d’hébergement (CHRS/Résidence sociale/ ALT)

[ ]  Autres (à préciser) :

###### SIGNATURE DU / DES DEMANDEURS

*Je (nous) soussigné (s*

 *demande (demandons) l’intervention d’un* ***service spécialisé dans l’Accompagnement Social Lié au Logement*** *pour m’aider dans mes problèmes relatifs :*

[ ] àla recherche d’un logement [ ] àmon entrée dans un logement [ ] au maintien dans mon logement

Fait le ,

**Signature du/ des demandeur (s)**

à

2/2 ASLL

# FEUILLET COMPLEMENTAIRE ASLL

###### EXPOSE DE SITUATION

(Motif(s) de la demande, objectifs, préconisations argumentées)

🡺

🡺

**Organisme Prescripteur
*(y compris Tampon)***

**Nom et coordonnées**

**Signature** du travailleur social
qui a instruit la demande

🞟