

## 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 EFFECTUE 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 sociale Habitat 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)

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

Noms et prénoms	Sexe	Date de naissance	Lien <i>(enfant, ascendant...)</i>	Situation <i>(emploi, études ...)</i>

*(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

<b>Conditions</b>	<b>Commentaires</b>
<input type="checkbox"/> Sans logement	
<input type="checkbox"/> Hébergement précaire (camping, caravane)	
<input type="checkbox"/> Hébergement gratuit (famille, amis)	
<input type="checkbox"/> Hébergement d'urgence ou d'insertion	
<input type="checkbox"/> Structure médico-sociale	
<input type="checkbox"/> Structure judiciaire	
<input type="checkbox"/> Logement temporaire (ALT, résidence sociale...)	
<input type="checkbox"/> Maison relais	
<input type="checkbox"/> Résidence pour étudiant	
<input type="checkbox"/> Logement autonome <input type="checkbox"/> Parc public <input type="checkbox"/> parc privé	
<input type="checkbox"/> Accédant à la propriété <input type="checkbox"/> Propriétaire	

## MOTIFS DE LA DEMANDE EXPRIMES PAR LE MENAGE

<i>Motifs</i>	<i>Précisions éventuelles</i>
<input type="checkbox"/> Arrive en France	
<input type="checkbox"/> Absence de ressources	
<input type="checkbox"/> Fin d'hospitalisation	
<input type="checkbox"/> Sortie de prison	
<input type="checkbox"/> Fin de prise en charge ASE	
<input type="checkbox"/> Séparation ou rupture de liens familiaux	
<input type="checkbox"/> Violences familiales	
<input type="checkbox"/> Regroupement familial	
<input type="checkbox"/> Handicap / santé	
<input type="checkbox"/> Absence de logement ou d'hébergement	
<input type="checkbox"/> Expulsion locative	
<input type="checkbox"/> Logement insalubre/indigne/indécent	
<input type="checkbox"/> Logement repris par le propriétaire	
<input type="checkbox"/> Rapprochement du lieu de travail	
<input type="checkbox"/> Autres (précisez)	

## RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS DU ou DES DEMANDEUR(S)

(renseignements demandés en rapport avec l'accès au logement social)

	LE DEMANDEUR	LE CONJOINT
Nationalité	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> U.E <input type="checkbox"/> Hors U.E	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> U.E <input type="checkbox"/> Hors U.E
<b>Carte d'identité</b>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<b>Si la nationalité hors CE :</b>		
- 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 :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## SITUATION PROFESSIONNELLE

LE DEMANDEUR	LE CONJOINT
<input type="checkbox"/> <b>Emploi</b> <input type="checkbox"/> CDI <input type="checkbox"/> CDD/Saisonnier Date de début : ..... Date de fin : ..... <input type="checkbox"/> Temps partiel <input type="checkbox"/> Intérim <input type="checkbox"/> Apprenti <input type="checkbox"/> Stagiaire <input type="checkbox"/> Autre (à préciser).....	<input type="checkbox"/> <b>Emploi</b> <input type="checkbox"/> CDI <input type="checkbox"/> CDD/Saisonnier Date de début : ..... Date de fin : ..... <input type="checkbox"/> Temps partiel <input type="checkbox"/> Intérim <input type="checkbox"/> Apprenti <input type="checkbox"/> Stagiaire <input type="checkbox"/> Autre (à préciser).....
<input type="checkbox"/> <b>Demandeur d'emploi</b> <i>si indemnisation Pôle Emploi, veuillez indiquer</i> Date de début : ..... date de fin : .....	<input type="checkbox"/> <b>Demandeur d'emploi</b> <i>si indemnisation Pôle Emploi, veuillez indiquer</i> Date de début : ..... date de fin : .....
<input type="checkbox"/> <b>Retraite</b>	<input type="checkbox"/> <b>Retraite</b>
<input type="checkbox"/> <b>Sans activité</b> (à préciser .....	<input type="checkbox"/> <b>Sans activité</b> (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 ..... ..... .....	
↪ <input type="checkbox"/> Socle <input type="checkbox"/> Majoré <input type="checkbox"/> Activité					
AAH				Chauffage	
Pension Invalidité				Eau	
Prestations familiales				Electricité ..... Gaz .....	
Pension de Retraites (dont minimum vieillesse)				Assurance Habitation	
Aide au Logement				Téléphone	
↪ <input type="checkbox"/> Versée au bailleur <input type="checkbox"/> APL <input type="checkbox"/> AL				Remboursement prêt (s) FSL	
Autres (à préciser) :				Autres (à préciser- y compris les remboursements de crédits)	
..... ..... .....				..... ..... .....	
<b>Total des ressources</b>				<b>Total des charges</b>	
<b>Total des ressources perçues par l'ensemble des personnes vivant au foyer</b>					

## ENDETTEMENT DU MENAGE

Nature	Montant
<b>Dettes locatives :</b>	
<b>Dettes FSL :</b>	
<b>Autres Dettes :</b>	
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			<input type="checkbox"/>
Maintien			<input type="checkbox"/>
Energie			<input type="checkbox"/>

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

Dispositifs	Dates et précisions			A solliciter
<input type="checkbox"/> Réservation Préfectorale	Date de la première demande : .....			<input type="checkbox"/>
	Motif de la demande : .....			
<input type="checkbox"/> Commission DALO	Date	Dossier en cours	Classé prioritaire et urgent	A solliciter
Hébergement	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Logement	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 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
<input type="checkbox"/> Accompagnement social par un référent unique RSA		
<input type="checkbox"/> Mesure d'Accompagnement Budgétaire Administrative ( <i>Accompagnement en Economie Sociale et Familiale (AESF)- en économie budgétaire (AEB)</i> ) si Mesure d'Accompagnement Social Personnalisé (MASP) Préciser.....		
<input type="checkbox"/> Mesure d'Accompagnement Judiciaire (MAJ) ou Mesure Judiciaire d'Aide à la Gestion du Budget Familial (MJAGBF)		
<input type="checkbox"/> Curatelle		
<input type="checkbox"/> Tutelle		
<input type="checkbox"/> Accompagnement Social Lié au Logement (ASLL)		
<input type="checkbox"/> Accompagnement Vers et Dans le Logement (AVDL)		
<input type="checkbox"/> 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 Châtelleraut

de Montmorillon

dans le cadre des commissions **ASLL**

dans le cadre des Commissions de **Réservation Préfectorale**

**Je donne mon accord** pour que les informations contenues dans ce document puissent être fournies 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)







DATE DE LA DEMANDE : .....

**PERSONNES ET STRUCTURE AYANT EFFECTUE 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

**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 :

Date de la commission : .....

Motif de la demande : .....

.....

.....

demande **directe** d'entrée en logement

sortie d'hébergement

Préconisations par la commission SIAO :

.....

.....

.....



**DATE DE LA DEMANDE :** .....

**PERSONNES ET STRUCTURE AYANT EFFECTUE 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 :*

- à la recherche d'un logement
- à mon entrée dans un logement
- au maintien dans mon logement

Fait le .....,

à .....

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

**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