

## DEMANDE D'ADMISSION EN APPARTEMENT THERAPEUTIQUE

### Identité du demandeur :

NOM :

PRENOM :

Date de naissance :

Pour que votre demande puisse être examinée, vous devez nous retourner les documents suivants:

- Le formulaire social
- Le formulaire médical à transmettre sous pli confidentiel au Médecin du CSAPA PARENTHÈSE ou courrier d'orientation
- Votre lettre de Motivation

### CSAPA Parenthèse

**47 Rue de la forêt  
27000 EVREUX**

**Tél. : 02-32-62-00-62**

**Fax : 02-32-62-95-50**

**[csapa.parenthese@nh-navarre.fr](mailto:csapa.parenthese@nh-navarre.fr)**

## FORMULAIRE SOCIAL

Identité du service et/ou de l'association à l'origine de la demande :

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

Nom et fonction du prescripteur : .....

Adresse :

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

Tél : ..... Email : .....

### ETAT CIVIL DE LA FAMILLE

	Monsieur	Madame
Nom		
Prénom		
Date et lieu de naissance		
Nationalité		
Carte Nationale d'Identité	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> en cours	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> en cours
Titre de séjour :	Nature :	Nature :
	Date de fin de validité :	Date de fin de validité
Profession et lieu de travail		
Date d'embauche et type de contrat		
Qualification professionnelle :		
Projet d'insertion professionnelle :		

### LOGEMENT OU SITUATION ACTUELLE

Adresse ou domiciliation:

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

Numéro de téléphone : .....

<input type="checkbox"/> Locataire	
<input type="checkbox"/> Hébergé par un tiers	
<input type="checkbox"/> Structure d'hébergement	<p>Depuis le :</p> <p>Nom de la structure : lieu</p>
<input type="checkbox"/> Etablissement pénitentiaire	<p>Depuis le :</p> <p>Nom de l'Etablissement et lieu :</p>

Enfants :

Nom				
Prénom				
Date de naissance				
Situation (scolaire, professionnelle ...)				
Droit de visite et d'hébergement (préciser les modalités..)				

Le ménage est-il mobile ? (Permis valide, véhicule etc ...)

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

### RENSEIGNEMENT ADMINISTRATIFS

Numéro allocataire CAF/MSA			
Inscription Pole emploi	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> en cours
CMU	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> en cours
CMUC	<input type="checkbox"/> oui	jusqu'au : cours	<input type="checkbox"/> non
Mutuelle	<input type="checkbox"/> en cours préciser :		

Budget Familial :

RESSOURCES MENSUELLES			CHARGES	
type	Monsieur	madame	type	montant
Total			Total	

Dettes :

Nature des dettes	Nom du créancier	Période concernée	montant
TOTAL			

Y-a-t-il une mesure spécialisée exercée ? Oui  non

Si oui laquelle :

Depuis quelle date :

Organisme :

Nom du référent social et coordonnées:

Y-a-t-il un dossier de surendettement ? Oui  non en cours

Si oui date de dépôt :

Conclusion de la commission :

### **SITUATION AU REGARD DE LA JUSTICE**

Mise à l'épreuve sous contrôle judiciaire  oui  non

Incarcération en cours :  oui  non

Depuis le :

Date de sortie prévue :

Aménagement de peine :  oui  non

Si oui quel type et durée :

Nom du référent SPIP et coordonnées :

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

### **EXPOSE SOCIAL DE LA SITUATION**

➤ Exposé de situation avec les éléments suivants:

- Situation administrative
- Situation familiale, réseau amical
- Situation financière : ressources, dettes
- Parcours professionnel et Situation professionnelle actuelle
- Situation à l'égard de la justice
- Parcours logement, hébergement antérieur
- Niveau d'autonomie dans la gestion du quotidien, (hygiène, entretien lieu de vie, préparation des repas, courses, mobilité)
- Accompagnement social réalisé
- Objectif de l'accompagnement en appartement thérapeutique