





CANDIDATURE MAISON RELAIS



Organisme prescripteur :



Demandeur :

Dossier déposé le :



Siège social : 125 rue du Bois Sabot - BP 20274 - 28105 DREUX Cedex

Tel : 02.37.42.31.18 - Fax : 02.37.42.15.89

Adresse email : contact@relaislogement.fr - Site internet : relais-logement-dreux.fr

Siret n° 182 837 039 000 29

ORGANISME PRESCRIPTEUR

Organisme / Service

NomPrénom

Fonction.....

Adresse

Tél.....E-mail.....

DEMANDEUR

Nom de naissance du demandeur.....

Nom d'usage.....Prénom.....

Homme Femme Nationalité : Française U-E Hors U-E

Date de naissance /...../..... Lieu de naissance

Adresse où le courrier doit vous être envoyé.....

.....

Adresse de votre lieu de résidence si celle-ci est différente.....

.....

Tél.....E-mail.....

Nom de naissance du conjoint ou du **co-demandeur**.....

Nom d'usage.....Prénom.....

Homme Femme Nationalité : Française U-E Hors U-E

Date de naissance /...../..... Lieu de naissance

Adresse de votre lieu de résidence

.....

Tél.....E-mail.....

RESSOURCES MENSUELLES	
Le demandeur	Le co-demandeur
Salaire	
Retraite	
Pôle Emploi / ARE	
Pôle Emplois / ASS	
Pension Alimentaire	
AAH	
RSA	
Allocations Familiales	
Indemnités de stage/formation	
Indemnités journalières	
Pension d'invalidité	
Pension de veuvage	
Autres ressources, préciser :	
MONTANT DES RESSOURCES

CHARGES MENSUELLES	
Le demandeur	Le co-demandeur
Loyer	
Charges locatives (eau, gaz, électricité)	
Participation à l'hébergement	
Téléphone	
Pension alimentaire	
Mutuelle	
Transport	
Assurances	
Autres, préciser :	
MONTANT DES CHARGES

CREDITS EN COURS, DETTES

Le demandeur

Organisme	Objet	Mensualité	Date de début	Date de fin

MONTANT TOTAL

Le co-demandeur

Organisme	Objet	Mensualité	Date de début	Date de fin

MONTANT TOTAL

SITUATION LOGEMENT

Le demandeur

- Propriétaire
- Logement social
- Logement accompagné (résidence sociale, pension de famille,RJT.....)
- Hôtel
- Logement précaire (squat, camping...)
- Logement privé
- Structure institutionnelle (CHRS,Urgence, CADA)
- Hébergé par un tiers ou de la famille
- Incarcération
- Sans Domicile Fixe
- Autres, préciser :

Depuis le.....

Le co-demandeur

- Propriétaire
- Logement social
- Logement accompagné (résidence sociale, pension de famille,RJT.....)
- Hôtel
- Logement précaire (squat, camping...)
- Logement privé
- Structure institutionnelle (CHRS,Urgence, CADA)
- Hébergé par un tiers ou de la famille
- Incarcération
- Sans Domicile Fixe
- Autres, préciser :

Depuis le.....

LE PARCOURS RESIDENTIEL

DEMARCHES ADMINISTRATIVES LIEES AU LOGEMENT

Un dossier FSL a-t-il été déposé ? OUI NON

Si vous êtes en possession de votre certificat de recevabilité, date de validité/...../.....

Avez-vous déjà bénéficié d'une aide du FSL ? OUI NON

Si oui, à quelle date ?/...../.....

Avez-vous déposé une demande de logement social ? OUI NON

N° unique départemental

Estimation de l'APL

Un dossier de recours DALO a-t-il été déposé ? OUI NON NE SAIT PAS

N° de dossier.....

Inscription sur les listes PDALHPD ? OUI NON NE SAIS PAS

MOTIF DE LA DEMANDE

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Séparation | <input type="checkbox"/> Menacé d'expulsion |
| <input type="checkbox"/> Décohabitation | <input type="checkbox"/> Sortie d'un service médical |
| <input type="checkbox"/> Rapprochement d'un centre de soin | <input type="checkbox"/> Sortie d'incarcération |
| <input type="checkbox"/> Fin de bail | <input type="checkbox"/> Rapprochement familial |
| <input type="checkbox"/> Vente du logement | <input type="checkbox"/> Orientation commission DALO |
| <input type="checkbox"/> Sans Domicile Fixe | <input type="checkbox"/> Orientation commission PDALHPD |
| <input type="checkbox"/> Mutation professionnelle | <input type="checkbox"/> Sortie d'hébergement |
| <input type="checkbox"/> Raisons économiques, budgétaires
(loyer actuel trop élevé.....) | <input type="checkbox"/> Logement actuel temporaire |
| <input type="checkbox"/> Logement insalubre | <input type="checkbox"/> Autre, préciser |

ACCOMPAGNEMENT – REFERENT SOCIAL

La personne est-elle suivie par un service social et/ou spécialisé ? OUI NON

Service / Association		
Nom et prénom du référent		
Coordonnées (adresse, téléphone, mail)		
Mesure		
Date de fin de la mesure		

PARCOURS ET PROJETS

Liens sociaux et familiaux

Souhaitez-vous nous faire connaître d'éventuels partenaires ?

Nom et coordonnées de la structure :

Nom de la personne à contacter :

Logement – Hébergement

Souhaitez-vous nous faire connaître d'éventuels partenaires ?

Nom et coordonnées de la structure :

Nom de la personne à contacter :

Santé (uniquement les éléments qui peuvent faciliter l'accompagnement)

Souhaitez-vous nous faire connaître d'éventuels partenaires ?

Nom et coordonnées de la structure :

Nom de la personne à contacter :

Professionnel

Souhaitez-vous nous faire connaître d'éventuels partenaires ?

Nom et coordonnées de la structure :

Nom de la personne à contacter :

Autonomie dans les actes de la vie quotidienne

Souhaitez-vous nous faire connaître d'éventuels partenaires ?

Nom et coordonnées de la structure :

Nom de la personne à contacter :

Motivations de la ou des personnes

Avis du prescripteur

Éléments complémentaires