

Dossier de Candidature
Unité Logements Services
Zac Berthelot Epargne Lyon 8ème

Ce document est confidentiel et sera uniquement utilisé dans le cadre de la commission d'attribution des logements au sein du GIHP Rhône-Alpes.

Nom : _____ Né(e) le : _____
Prénom : _____ Lieu de Naissance : _____
Nationalité : _____ Téléphone fixe : _____
Adresse : _____ Téléphone portable : _____
Code Postal : _____ Adresse mail : _____
Ville : _____

N° de carte de Sécurité Sociale :

Caisse de retraite dont vous dépendez : _____

Mutuelle dont vous dépendez : _____

Votre situation professionnelle :

- Actif salarié Actif libéral Actif bénévole Inactif
 A la recherche d'un emploi : si oui, dans quel domaine ? _____

Votre situation familiale :

- Célibataire Marié(e) Séparé(e) Divorcé(e) Veuf(ve) Concubin ou union libre

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

Si vous vivez en couple, votre conjoint est-il en situation de handicap ? oui non

Nombre d'enfants et âge : _____

Nombre total de personnes vivant dans le foyer : _____

Vos revenus :

Salaire : _____ € Allocations logement : _____ €
 AAH : _____ € Pension ou rente : _____ €
 RSA : _____ € Autres revenus : _____ €

Votre handicap :

Nature de votre handicap :

Infirmité Motrice Cérébrale Myopathie
 Sclérose en plaque Tétraplégie
 Hémiplégie Déficience visuelle
 Déficience auditive Déficience cognitive
 Autres : _____

Carte d'invalidité d'au moins 80 % : oui non

Si oui :

Taux d'invalidité : _____

N° de la carte d'invalidité : _____

Date de validité : ___/___/___

Moyens de compensation évalués : ACTP : _____ %

MTP _____ €

APA : _____ heures mensuelles

PCH : _____ heures mensuelles en prestataire

_____ heures mensuelles en mandataire

_____ heures mensuelles en gré à gré

_____ heures mensuelles d'aidant familial

Votre domicile actuel :

Propriétaire

Locataire

Montant de votre loyer actuel charges comprises : - de 400 € de 400 € à 500 € + de 500 €

Nom du bailleur : _____

Etablissement Médico-social

Nom et adresse de l'établissement : _____

Hébergé(e)

Vous vivez : Seul(e) en collocation en famille autres

Type de logement: T1 / Studio T2 T3 T4 ou +

Votre logement est-il adapté à votre handicap : oui non

Si oui, quelles sont les adaptations ?

Votre futur domicile :

Type de logement recherché : T2 T3 Indifférent

Montant maximal du loyer pouvant être engagé : _____

Vos besoins en aide humaine :

Actes de la vie quotidienne :

Vous pouvez vous lever, vous coucher	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> difficilement	<input type="checkbox"/> aide indispensable
Vous pouvez vous habiller/déshabiller	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> difficilement	<input type="checkbox"/> aide indispensable
Vous pouvez aller au WC	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> difficilement	<input type="checkbox"/> aide indispensable
Vous pouvez faire votre toilette	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> difficilement	<input type="checkbox"/> aide indispensable
Vous pouvez préparer vos repas	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> difficilement	<input type="checkbox"/> aide indispensable
Vous pouvez manger seul	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> difficilement	<input type="checkbox"/> aide indispensable
Vous pouvez aller faire vos courses	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> difficilement	<input type="checkbox"/> aide indispensable
Vous pouvez utiliser le téléphone	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> difficilement	<input type="checkbox"/> aide indispensable
Vous pouvez utiliser l'informatique	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> difficilement	<input type="checkbox"/> aide indispensable

Nombre actuel d'heures d'aides humaines (toutes interventions confondues) utilisées en journée (du lever au repas du soir) : _____ 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

Si non, à combien l'estimez-vous par jour (24h) ? _____ heures

Autres intervenants à votre domicile :

Infirmier Aide-soignant
 Kinésithérapeute 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 : _____

Actes réalisés : _____

Besoin d'aide passive (surveillance) la nuit : oui non

Dans quelle situation, pour quels actes, pensez-vous avoir besoin du service de permanence ? :

Vos motivations :

Participation à la vie sociale : Associative Culturelle Sportive Autres
Précisez :

Quels sont vos projets, vos ambitions ?

Qu'est-ce pour vous l'autonomie ?

Quels seraient pour vous les conséquences de ce changement de situation ?

➤ Les avantages

➤ Les inconvénients

Qu'est-ce pour vous l'intergénérationnel ?

Autres observations ?
