



Date de la demande :

1, boulevard Chanoine Kir
BP 23314
21033 DIJON Cedex
Tél : 03.80.42.48.89
Fax : 03.80.42.48.85
associationchampmol@chlcdijon.fr

DEMANDE D'APPARTEMENT ASSOCIATIF

PERSONNE CONCERNEE

NOM : Sexe : Masculin
Prénom : Féminin
Date et lieu de naissance : / / à
Adresse actuelle :
Téléphone :

SERVICE MEDICAL REFERENT

Service :
Réfèrent social de la demande:.....
Réfèrent médical de la demande :

Contexte / motivations de la demande :

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

PARCOURS EN LOGEMENT

Situation actuelle	Depuis
.....
Situation précédente	De à.....
.....
Situation précédente.....	De à.....
.....

RESSOURCES

Montant mensuel :

N° Allocataire CAF :

Nature + montant des ressources :

Charges mensuelles / dettes déjà existantes :

MESURE DE PROTECTION :

OUI NON

PROCEDURE EN COURS

Type de mesure :

Tutelle

Curatelle

Sauvegarde de justice

Nom du mandataire judiciaire / organisme :

Adresse :

Mail : Tel :

AIDANT / PERSONNE RESSOURCE

Lien de parenté :

NOM : Prénom :

Adresse :

Mail : Tel :

En l'absence d'entourage, il s'agira du professionnel social référent de la demande.

LOGEMENT SOUHAITE

Type de logement souhaité : T1 T2 T3

Quartiers / secteurs géographiques souhaités :

Montant du loyer maximum (charges comprises) :

Merci de joindre à votre demande :

- une copie de votre carte d'identité
- copie de votre dernier avis d'imposition
- une attestation de vos droits CAF
- un n° de demande HLM datant de moins de 12 mois

Signature de la personne concernée

Signature référent social (En cas de changement, je m'engage à en informer l'association + nouveau référent)

EVALUATION MEDICALE (pour demande de logement associatif Champmol Habitat)

PERSONNE CONCERNEE
NOM :
Prénom :
Patient accompagné depuis
Quelles modalités de soins extra-hospitaliers existent / sont prévues ?
La patient adhère-t-il à son traitement, à sa prise-en-charge actuelle et prévue à son installation en logement?
Quels bénéfices identifiez-vous pour le patient à son installation en logement autonome ?
Quels risques identifiez-vous pour le patient à son installation en logement autonome ?
Le patient est-il en capacité d'alerter en cas de difficulté ?
Le patient est-il en capacité de rédiger un GPS (guide de prévention des soins)?
<input type="checkbox"/> Je m'engage à m'assurer de la bonne continuité de la prise-en-charge du patient par un praticien hospitalier du CH La Chartreuse
<input type="checkbox"/> En cas de changement de référent médical, je m'engage à prévenir l'association
<input type="checkbox"/> En cas de rupture de soins, je m'engage à prévenir l'association
<input type="checkbox"/> En cas de troubles du comportement, j'accepte d'être interpellé par l'association
<input type="checkbox"/> J'accepte de co-remplir l'attestation de suivi médical que le patient devra retourner à l'association chaque année
Date :
Signature du référent médical :