

Fiche évaluation sociale

Aide au remplissage : à lire impérativement avec le ménage

Cette fiche évaluation doit être renseignée conjointement par le travailleur social référent et le ménage concerné. Les cases surlignées en gris sont à remplir obligatoirement.

Le document doit être rempli informatiquement ; il comporte des menus déroulants et des calculs automatiques.

La page 4 permet au ménage concerné par la demande d'exprimer son projet, ses souhaits.

Il est demandé au travailleur social de rédiger un rapport social s'appuyant sur les indicateurs de la fiche indicateurs en page 5 et 6. Aucune préconisation d'orientation par le travailleur social n'est attendue d'emblée.

Pour aller à la ligne dans les zones de texte, taper ALT+entrée

Le document doit être signé par les deux parties. En l'absence de signature, le dossier sera refusé.

Lors des commissions d'orientation :

- La présence du travailleur social référent est requise
- Le ménage concerné peut aussi participer s'il le souhaite

La fiche évaluation est à retourner au SIAO aux adresses mail suivantes : siao@adefo.asso.fr et adallavalle@adefo.asso.fr.

Les fiches transmises par d'autres moyens ne seront pas traitées.

Les éléments contenus dans le présent document sont transmis aux membres de la commission et, le cas échéant, à la structure qui accueillera la personne si un accompagnement social a été préconisé. Les personnes participant à la commission d'orientation s'engagent à ne pas divulguer à l'extérieur les informations qui y sont délivrées.

Le SIAO dispose de moyens informatiques pour gérer son activité. Conformément aux articles 39 et suivants de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée en 2004 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, toute personne peut obtenir communication et, le cas échéant, rectification ou suppression des informations la concernant, en s'adressant aux services concernés.



Date de la demande		<input type="checkbox"/> Famille
Secteur de la demande		<input type="checkbox"/> Personne seule ou couple

Personne ayant effectué l'entretien :		
Identité du service et/ou de l'association :		
Coordonnées :	Adresse :	Email :
	Téléphone :	
Nom du référent social :		
Identité du service et/ou de l'association :		
Coordonnées :	Adresse :	Email :
	Téléphone :	

Motif principal de la demande :
Précision :

SITUATION FAMILIALE				
	LE DEMANDEUR	<input type="checkbox"/> Mr <input type="checkbox"/> Mme	LE CONJOINT	<input type="checkbox"/> Mr <input type="checkbox"/> Mme
Nom				
Prénom				
Date de naissance				
Lieu de naissance				
Nationalité	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> UE <input type="checkbox"/> hors CE		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> UE <input type="checkbox"/> hors CE	
Si nationalité hors CE :	Date arrivée en France : Type de statut : Date d'obtention : Durée de validité : Nature titre de séjour : Nature carte VPF : Renouvellement titre : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Date arrivée en France : Type de statut : Date d'obtention : Durée de validité : Nature titre de séjour : Nature carte VPF : Renouvellement titre : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	Carte d'identité/passeport : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Carte d'identité/passeport : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Situation au regard du logement/hébergement :				
Préciser (date entrée en hébergement d'urgence, date fin de prise en charge)				
Adresse/domiciliation :				
	Téléphone :		Téléphone :	
Situation matrimoniale :				
Niveau maîtrise langue française, oral/écrit				
Langue maternelle :				

LES ENFANTS					
Nom	Prénom	Date de naissance	Sexe	Lieu de naissance	Situation (à charge, droits de visite, scolarisation, etc)
Naissance attendue : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, date naissance prévue :					

AUTRES PERSONNES VIVANT AU FOYER					
Nom	Prénom	Date de naissance	Sexe	Lieu de naissance	Qualité (grand père, tante...)

Présence d'animaux : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, préciser :

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS			
Sécurité Sociale :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	CAF : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Mutuelle :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
CMU :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	CMU complémentaire : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
N° unique demande de logement social :			
DALO :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Si oui, date de la commission : Réponse DALO :
CCAPEX :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Endettement :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Si oui, dossier de surendettement : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Montant des dettes :			
Mesure de protection Nom du référent et de la structure	Demandeur : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Conjoint : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

SITUATION PROFESSIONNELLE ACTUELLE				
	Le demandeur		Le conjoint	
Situation professionnelle				
Précisions				
Niveau scolaire				
Ressources	Nature des ressources	Montant	Nature des ressources	Montant
	Total ressources	0	Total ressources	0
Précisions				
Mobilité (moyen de transport)				

PARCOURS LOCATIF ANTERIEUR			
Jamais locataire <input type="checkbox"/>			
Période	Type de logement	Propriétaire/gestionnaire	Motif du départ
Mobilier : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			

SANTÉ				
	Le demandeur		Le conjoint	
Addiction-s	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Médecin référent	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Médecin spécialiste	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

PROFESSIONNELS/PERSONNES RESSOURCES A PROXIMITE DES PERSONNES/FAMILLES (ASE, CAF, emploi, RSA...)

J'atteste de l'exactitude des informations contenues dans le présent document et donne mon accord pour leur transmission aux membres de la commission SIAO. Je confirme également avoir reçu et compris les informations concernant la démarche entreprise auprès du SIAO.

Signature de la personne/famille	Signature du travailleur social

PROJET DU MENAGE

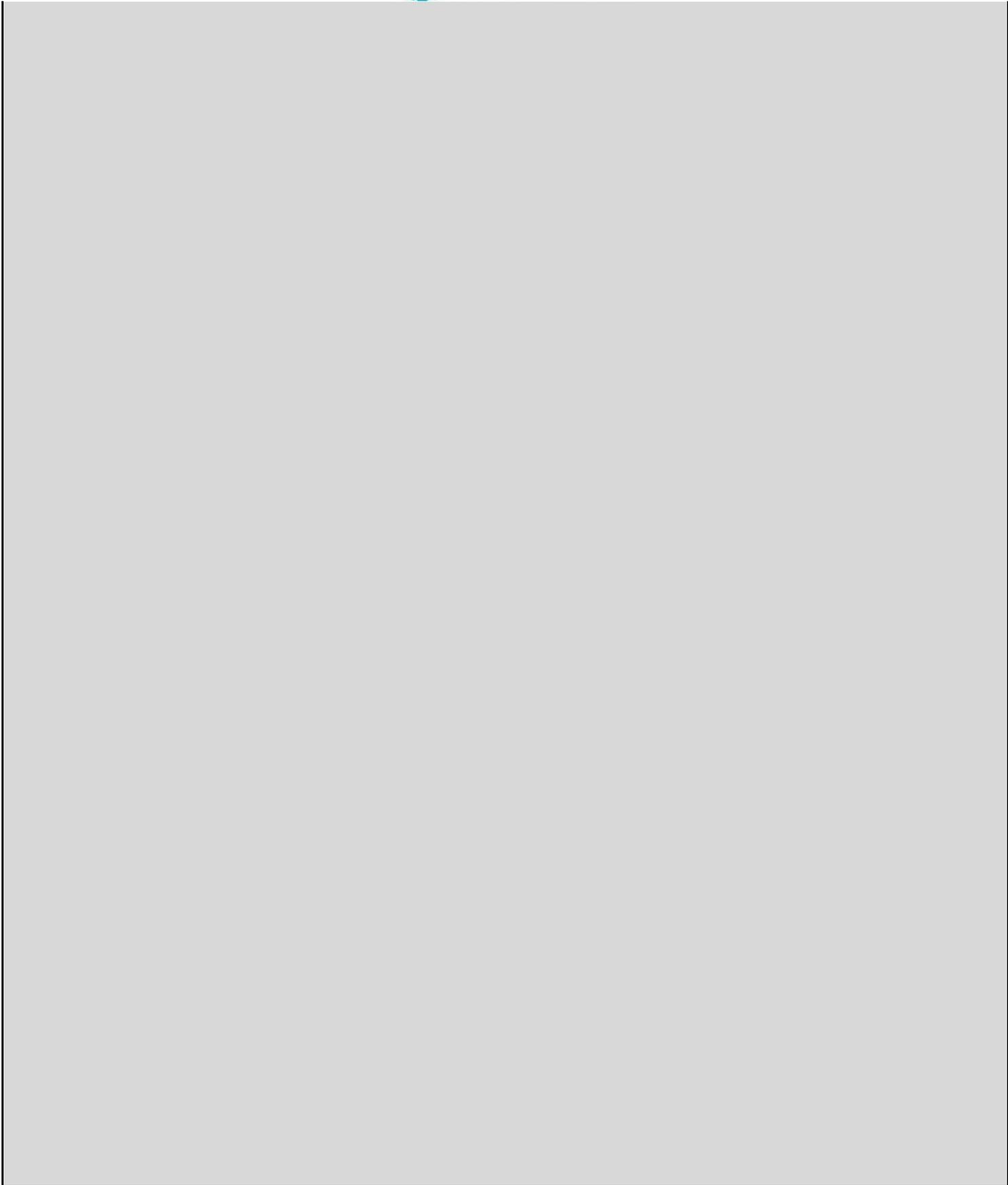
A remplir par le ménage ou par le travailleur social sous la dictée du ménage

A large, empty rectangular area with a light gray background, intended for the user to fill in the details of the household project.

Signature de la personne

RAPPORT DU TRAVAILLEUR SOCIAL

Rappel des thématiques à investiguer (cf. fiche indicateurs du SIAO 21) : degré d'autonomie ; compétences relationnelles ; problématiques particulières nécessitant un accompagnement spécifique ; ressources psychiques et potentiel d'évolution supposé



Signature du travailleur social
