



# Famille - Amis

## **Nature des relations dans la famille**

Pensez à : histoire familiale, la personne a-t-elle été placée jeune ? enfants placés, conflits familiaux, nature et niveau de soutien familial, ... Évaluez l'isolement social le cas échéant

## **Réseau amical et nature des relations**

Évaluez l'isolement social le cas échéant

# Logement

## Situation précédent l'arrivée au CHRS

Pensez à : la personne a-t-elle déjà eu un logement en propre ? dettes locatives ? nature (loyers, réparations) ? mesure FSL ? expulsion ? conflits de voisinage ? insalubrité du logement (dégradations, nature du logement, humidité ...) ?

## Projet en matière de logement

Évaluez les atouts et les difficultés

# Emploi - Formation

Niveau de formation : \_\_\_\_\_ Plus haut diplôme obtenu : \_\_\_\_\_

Ecriture : \_\_\_\_\_ Lecture : \_\_\_\_\_

Si non francophone, la pers. est-elle alphabétisée dans sa langue mat. ? : \_\_\_\_\_

Permis de conduire : \_\_\_\_\_ si oui, lesquels : \_\_\_\_\_

Reconnaissance TH ? \_\_\_\_\_

## Passé professionnel

| Emploi | Période | Formation | Période |
|--------|---------|-----------|---------|
|        |         |           |         |
|        |         |           |         |
|        |         |           |         |
|        |         |           |         |

Commentaires :

Inscription Pôle Emploi \_\_\_\_\_ Depuis quand sans interruption : \_\_\_\_\_

Inscript° Mission Locale \_\_\_\_\_ Depuis quand sans interruption : \_\_\_\_\_

Projets :  
 Évaluez les atouts et les difficultés  
 Incidence permis de conduire ?

# Budget

| Type de ressources        | Montant |
|---------------------------|---------|
| RSA :                     |         |
| RSA majoré :              |         |
| Salaire :                 |         |
| Stage de formation pro. : |         |
| PF : AF :                 |         |
| PF : AJE :                |         |
| PF : CF :                 |         |
| PF : ASF :                |         |
| PF : AES :                |         |
| CAF logement : AL :       |         |
| CAF logement : APL :      |         |
| AAH :                     |         |
| ASSEDIC :                 |         |
| Pension alimentaire :     |         |
| Pension, rente :          |         |
| Retraite(s) :             |         |
| Autres : _____            |         |

| Nature des dettes        | Montant |
|--------------------------|---------|
| Loyer :                  |         |
| Réparations locatives :  |         |
| Eau :                    |         |
| EDG-GDF :                |         |
| Téléphone :              |         |
| TH, TF, redevance télé : |         |
| Autres impôts :          |         |
| Responsabilité civile :  |         |
| Assurance logement :     |         |
| Assurance véhicule :     |         |
| Frais d'hôpitaux :       |         |
| Trésor public :          |         |
| Découvert bancaire :     |         |
| Crédits à la conso. :    |         |
| Autres : _____           |         |
| Autres : _____           |         |
| Autres : _____           |         |

Dettes : des poursuites judiciaires sont-elles engagées : \_\_\_\_\_

Tutelle ? (si oui, type) \_\_\_\_\_

Depuis le : \_\_\_\_\_

Demandeur initial : \_\_\_\_\_

Qui est mandaté : \_\_\_\_\_

Nom tuteur / curateur : \_\_\_\_\_

Dossier FSL ? \_\_\_\_\_

Dossier surendettement<sup>t</sup> ? \_\_\_\_\_

Procédure Redress<sup>t</sup> P? \_\_\_\_\_

Commentaires : \_\_\_\_\_

# Santé

|                                      |       |                      |       |
|--------------------------------------|-------|----------------------|-------|
| Droits SS jusqu'au :                 | _____ | Caisse :             | _____ |
| Ouvrant / ayant droit :              | _____ | Si ayant, de qui ? : | _____ |
| La personne a-t-elle une mutuelle ?  | _____ | Si oui, laquelle :   | _____ |
| La personne a-t-elle la CMU ?        | _____ | CMU complémentaire ? | _____ |
| Ouvrant / ayant droit :              | _____ | Si ayant, de qui ? : | _____ |
| Mont. cotisat. mens. :               | _____ |                      |       |
| AME ?                                | _____ |                      |       |
| Si MDPH, taux ? :                    | _____ |                      |       |
| La p. a-t-elle un médecin traitant ? | _____ | Lequel :             | _____ |
| Bilan de santé ?                     | _____ | Si oui, quand ?      | _____ |

## Problèmes de santé ayant une influence sur l'insertion

Respectez scrupuleusement les protocoles liés au secret. Vous veillerez : à ne transmettre que les éléments strictement nécessaires à la pertinence et à la continuité de la prise en charge ; que cette transmission est faite dans l'intérêt de la personne concernée ; qu'elle est informée et d'accord.

Cette partie ne doit pas être rédigée. Les seuls éléments utiles sont discutés verbalement en synthèse et ne font pas l'objet d'une prise de notes.

# Loisirs

**Occupations et / ou loisirs**

**La p. fréquente-t-elle des associations ou autres structures ?**

**Centres d'intérêt ou passions ?**

**Projets**

Évaluez les difficultés de mise en œuvre éventuelles

# Evaluation du contrat

**Niveau de réalisation du contrat et d'atteintes des objectifs**  
Mesurer les écarts, les difficultés, les modifications éventuelles à proposer

| <b>Actions</b> | <b>Moyens</b> | <b>Qui met en œuvre ?</b><br>Réfèrent, usager, organisme, etc. |
|----------------|---------------|--|
|                |               |  |
|                |               |  |
|                |               |  |
|                |               |  |
|                |               |  |
|                |               |  |
|                |               |  |