



**DOSSIER CANDIDATURE :  
HABITAT INCLUSIF LORQUIN**

Date de la demande : ...../...../.....

**Identité du candidat**

Nom : .....

Prénom : .....

Lieu de naissance : .....

Date de naissance : ...../...../.....

Adresse : .....

Téléphone : .....

**Situation du candidat**

Situation actuelle :  Hospitalisé(e) : unité référente : .....  Autres : .....

Mesure de protection :  Oui (préciser le type de protection) : .....  Non

Le tuteur est-il informé de la demande ?  Oui  Non

Situation familiale :  Célibataire  Marié(e)  Pacsé(e)  Séparé(e)  Veuf(ve)  Divorcé(e)

: Enfants :  Oui (préciser pour chacun le nom/prénom)  Non

Personnes ressources et mobilisables (familiales ou amicales) dans l'entourage :

Oui (préciser pour chacun le nom/prénom)  Non

Logement – parcours du patient

Scolarisation – Formation – Parcours professionnel

Ressources (nature et montant des ressources)



**DOSSIER CANDIDATURE :  
HABITAT INCLUSIF LORQUIN**

**Droits sociaux :**

- AAH - Date de fin de validité : ..... /..... /.....
- PCH Aides humaines - Date de fin de validité : ..... /..... /.....
- Carte mobilité inclusion « Invalidité » - Date de fin de validité : ..... /..... /.....
- Indemnités journalières - Montant : .....
- Pension d'invalidité - Montant : .....
- Pension de retraite - Montant : .....
- Droits Pôle-emploi - Montant : .....
- RSA (Revenu de solidarité active) - Montant : .....
- Autres revenus : ..... - Montant : .....

**Intervenants**

Suivi infirmier	Nom :	Organisme :	Coordonnées (tel/mail) :
Référent infirmier .....			
Suivi médical	Nom :	Organisme :	Coordonnées (tel/mail) :
Médecin généraliste .....			
Médecin psychiatre .....			
Suivi social	Nom :	Organisme :	Coordonnées (tel/mail) :
Mesure de protection .....			
Travailleur social .....			

**Informations diverses**

Moyen de locomotion :  Non       Oui préciser : .....

Mobilité :

Canne       Fauteuil roulant       Déambulateur       Sans difficulté

Appareillages / Dispositifs :

Non       Oui préciser : .....

Autres informations : .....



**DOSSIER CANDIDATURE :  
HABITAT INCLUSIF LORQUIN**

**Observations médicales/soignantes**

	<i>Acquis</i>	<i>En cours d'acquisition</i>	<i>Non acquis</i>	<i>Observations</i>
Se lever/ se coucher				
Faire sa toilette / s'habiller / se déshabiller				
Prendre son traitement				
Utiliser le téléphone, la télévision				
Utiliser les transports				
Faire les courses				
Préparer ses repas/ prendre ses repas				
Assurer les tâches ménagères				
Gérer les démarches administratives				
	<i>Communicante</i>	<i>Peu communicante</i>	<i>Non communicante</i>	<i>Observations</i>
Communiquer avec les autres				

**Autonomie (prise en charge personnelle relative à la vie quotidienne)  
Santé (problèmes somatiques...)**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



DOSSIER CANDIDATURE : HABITAT INCLUSIF LORQUIN

Projet individuel du candidat

Exprimer votre projet, expliquer vos motivations à intégrer le logement inclusif, énoncer vos souhaits et vos attentes concernant ce mode d'habitat

Après étude du dossier de candidature, le candidat pourra être convié pour échanger sur son projet

Lined area for writing the candidate's project.

Fait à le ...../...../.....

Signature du demandeur,



## DOSSIER CANDIDATURE : HABITAT INCLUSIF LORQUIN

### Unité à l'origine de la demande

Nom et adresse de l'unité: .....

Téléphone : ..... Mail : .....

### Pièces à joindre

- ✓ Evaluation médicale (sous pli confidentiel)
- ✓ Note sociale
- ✓ Synthèse de l'unité
- ✓ Jugement mesure de protection
- ✓ Justificatif de ressources
- ✓ Copie de la carte d'identité
- ✓ Attestation CPAM
- ✓ Attestation responsabilité civile

**Dossier à transmettre à Mme Coline HISS**  
 Par voie postale : 5 Rue du Général de Gaulle 57790 Lorquin  
 Par voie électronique à l'adresse suivante : [hissc@ch-lorquin.fr](mailto:hissc@ch-lorquin.fr)

Pour tout renseignement : Mme Coline HISS : 03.87.23.14.47 – 06.76.10.09.52