Viatopia
POUR MIEUX ACCOMPAGNER

DEMANDE D'ACCOMPAGNEMENT EN APPARTEMENT THERAPEUTIQUE

En cas de difficulté à remplir ce dossier, vous pouvez vous faire aider par une tierce personne ou nous contacter au 03 21 98 08 15 ou par mail à csapa.saintomer@viatopia.fr

TYPE D'APPARTEMENT THERAPEUTIQUE

☐ Appartement pour personne seule

☐ Appartement pour couple * Nom du conjoint demandeur : ……

☐ Appartement père ou mère avec enfant(s)

**En cas de demande pour un couple, remplir 1 dossier par personne*

VOLET SOCIAL

ETAT CIVIL

Nom : …… Prénom : ……

Date et lieu de naissance : ……

Nationalité : …… Adresse : ……

Code postal : …… Ville : ……

Téléphone personnel : __/__/__/__/__/ Mail : ……@……

SITUATION FAMILIALE

Célibataire ☐ Séparé(e) ☐ Marié(e) ☐

Veuf(ve) ☐ Divorcé(e) ☐ Vie maritale ☐

Enfants :

NOM	*Prénom*	*Date de naissance*	*Enfant à charge(oui/non)*

SITUATION RELATIVE AU LOGEMENT

Stable indépendant ☐ Stable famille ☐ Précaire famille ☐

Centre Pénitentiaire ☐ Sans domicile ☐ Foyer ☐

Autre ☐ Préciser : …….

SITUATION PROFESSIONNELLE

Niveau d'études : ……. Diplôme(s) : …….

Expérience professionnelle : Oui ☐ Non ☐

Dernier emploi exercé : …… Lieu : …….

Date : …….

Situation actuelle : …….

Projet :

……

……

SITUATION FINANCIERE

Salaires ☐ Assedic ☐ RSA ☐

AAH ☐ Indemnités Journalières ☐

Autres ☐ préciser : ……

VOLET MEDICAL

Médecin traitant : …… Téléphone : __/__/__/__/__/

Adresse : ……

Code postal : …… Ville : ……

Problème de santé spécifique : ……..

……

Traitements actuels : ……

……

……

Produit(s) à l'origine de l'accompagnement ou

consommé(s)…….

……Age 1ère consommation : ……

Autres produits consommés : ……..

Age 1ère consommation : …….

Sevré(e) aux produits : oui ☐ depuis le __/__/____/ non ☐

Substitution : oui ☐ non ☐

Si oui : Subutex ☐ Méthadone ☐

Depuis le : __/__/____/ Dosage actuel : ……

ORGANISME PARTENAIRE A L'ORIGINE DE L'ORIENTATION

Dans le cas d'une orientation partenaire ou structure extérieure :

Téléphone de la structure : __/__/__/__/__/ Mail : ……@.....

Personne chargée du suivi dans cet organisme : …….

Fonction : …….

Commentaire de la structure :

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

VOTRE PARCOURS ET VOS MOTIVATIONS

Merci d'expliquer vos motivations pour intégrer un appartement thérapeutique : votre parcours, votre projet de soins et vos perspectives d'avenir (santé, travail…)

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……