



Association Médico-Educative Rouennaise
Habitat partagé
 Plateforme de services
 34 rue Raymond Aron
 76130 MONT SAINT AIGNAN
 ☎ : 07.49.94.76.46
 ✉ : pf.services@amer-76.fr

Cadre réservé à la Plateforme de Services :
 Date de réception du dossier : / /
 Dossier complet : Oui Non
 Validation de la Plateforme de Services :
 Oui Non
 Avis du foyer Stéphanois :
 Oui Non

**DOSSIER DE DEMANDE DE LOGEMENT
 HABITAT PARTAGE
Résidence Simone Veil
 Chemin du Mesnil Esnard
 76920 AMFREVILLE-LA-MI-VOIE**

NOM et Prénom du demandeur :

Ce dossier a été complété par :

Le demandeur

Autre :

- NOM et Prénom :
- Relation avec le demandeur :
- Coordonnées :
-
-
-

Date du premier entretien : / /

1 – ETAT CIVIL : Madame Monsieur

NOM :

NOM de jeune fille :

Prénom :

Date de naissance : / /

Lieu de naissance :

Département et Pays :

Nationalité :

 Française Union Européenne Autre, à préciser :

Adresse :

.....

.....

Téléphone fixe : / / / / Téléphone portable : / / / /

Adresse mail :

N° de Sécurité Sociale :

N° Allocataire CAF :

N° dossier MDPH :

2 - VOTRE SITUATION :

Etes-vous aidé pour faire cette demande d'inscription ?

 Oui Non

Si oui, par qui ? :

Vous êtes :

 Célibataire Marié(e) En couple Séparé(e) Divorcé(e) Veuf ou veuve

Vous avez des enfants :

 Oui Non

Si oui combien ? Ages ?

Etes-vous aidé pour l'accompagnement de vos enfants ?

 Oui Non

Avez-vous une mesure de protection juridique ?

 Oui Non

Si oui :

 Tutelle Curatelle Autre :

.....

NOM et Prénom du détenteur de la protection :

Adresse :

.....

.....

Téléphone : / / / /

Adresse mail :

Possédez-vous le permis de conduire et une voiture ?

Oui Non

Avez-vous un suivi médical par un médecin traitant :

Oui Non

Si oui, NOM, Prénom et adresse :

.....
.....

Avez-vous un suivi médical par un médecin psychiatre ou psychologue :

Oui Non

Si oui, NOM, Prénom et adresse :

.....
.....

Avez-vous des médecins spécialistes :

Oui Non

Si oui, NOM, Prénom, spécialité et adresse :

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

Bénéficiez-vous d'un accompagnement par un établissement et un service médico-social ?

Oui Non

Si oui, lequel :

.....

Bénéficiez-vous d'un accompagnement par un service d'aide à domicile ?

Oui Non

Si oui, lequel :

.....

En journée, vous :

- Travaillez en milieu ordinaire Travaillez en ESAT ou Entreprise Adaptée
 Recherchez un emploi (inscrit à Pôle Emploi ou CAP Emploi) Etes sans activité
 Etes en CAJ Etes au GEM Etes en Hôpital de Jour
 Faites du bénévolat Autres :

Vous percevez :

Revenus	Montant mensuel (préciser heures ou euros)	Date de fin des droits
<i>Allocation Adultes Handicapés (AAH)</i>		
<i>Complément d'AAH</i>		
<i>Allocation Logement</i>		

MANDATAIRE JUDICIAIRE AUX MAJEURS PROTEGES

Je soussigné(e)

agissant en qualité de

auprès de Madame / Monsieur

donne mon accord pour le projet logement avec l'A.M.E.R. et le foyer Stéphanois, et m'engage à payer mensuellement le loyer et les charges imputés au logement.

Préalablement, il aura été étudié la faisabilité financière de l'entrée dans la colocation.

Madame / Monsieur aura une facilité financière pour régler :

- Le dépôt de garanti,
- Le 1^{er} mois de loyer,
- Le mobilier de la chambre.

Fait à,
le / /

Signature et cachet :