****

FICHE DE LIAISON SIAO

**Cadre réservé au Siao**

(à retourner au SIAO Loire de préférence par email : siao-loire@siao42.org)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DATE DE LA DEMANDE** |  | **REFERENT SIAO (si connu)** |  |

**PERSONNE AYANT EFFECTUE L’ENTRETIEN (Nom/ Fonction/Structure)**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOM/FONCTION/STRUCTURE** |  |
| **ADRESSE**  |  |
| **TELEPHONE**  |  | **E MAIL** |  |

**IDENTITE**

**🚺LE DEMANDEUR**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOM - PRENOM** |  |  | **HOMME** |  | **FEMME** |
| **NATIONALITE*****France/HORS UE*** |  ***Si Hors UE joindre la copie du titre de séjour*** |
| **DATE DE NAISSANCE**  |  | **LIEU DE NAISSANCE** |  |
| **ADRESSE OU DOMICILIATION** |  |
| **TELEPHONE**  |  |
| **Document d’identité (CNI, Passeport, Carte de Séjour, …)** |  | **DUREE DE VALIDITE** |  |

**🚹LE CONJOINT ou LE CODEMANDEUR**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOM - PRENOM** |  |  | **HOMME** |  | **FEMME** |
| **NATIONALITE*****France/HORS UE*** | ***Si Hors UE joindre la copie du titre de séjour*** |
| **DATE DE NAISSANCE**  |  | **LIEU DE NAISSANCE** |  |
| **ADRESSE OU DOMICILIATION** |  |
| **TELEPHONE**  |  |
| **Document d’identité (CNI ,Passeport, Carte de Séjour, …)** |  | **DUREE DE VALIDITE** |  |

**🛊LES ENFANT (S)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOM - PRENOM** | **SEXE** | **DATE DE NAISSANCE** | **SITUATION (droit de visite et / d’hébergement, placement, à charge)** | **SCOLARISATION** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**ENFANT A NAITRE [ ]  OUI (date : ………………. ) [ ]  NON**

**SITUATION ET COMPOSITION FAMILIALE**

**Situation Familiale** : **[ ]**  Célibataire **[ ]**  Mariage **[ ]** PACS **[ ]**  Union libre **[ ]**  Séparation **[ ]**  Divorce **[ ]**  Veuvage

**Composition familiale** : **[ ]** Homme seul **[ ]**  Femme seule **[ ]**  Couple **[ ]**  Famille **[ ]**  Famille Monoparentale

**SITUATION ADMINISTRATIVE (préciser : demandeur/conjoint/codemandeur)**

**CAF**

**[ ]  OUI – N° : ……………..**

**[ ]  NON**

**DROIT CMU**

**[ ]  OUI**

**[ ]  NON**

**COUVERTURE SOCIALE**

**[ ]  OUI**

**[ ]  NON**

**SITUATION FINANCIERE MENSUELLE**

**LES RESSOURCES**

|  |  |
| --- | --- |
| **DEMANDEUR** | **CONJOINT OU CODEMANDEUR** |
| **TYPE DE RESSOURCE** | **MONTANT** | **DUREE** | **TYPE DE RESSOURCE** | **MONTANT** | **DUREE** |
| **OUVERTURE DE DROIT EN COURS** |  |  | **OUVERTURE DE DROIT EN COURS** |  |  |
| **SANS RESSOURCES** |  |  | **SANS RESSOURCES** |  |  |
| **ASSEDIC** |  |  | **ASSEDIC** |  |  |
| **PRESTATIONS FAMILIALES** |  |  | **PRESTATIONS FAMILIALES** |  |  |
| **AAH** |  |  | **AAH** |  |  |
| **SALAIRE CDD** |  |  | **SALAIRE CDD** |  |  |
| **SALAIRE CDI** |  |  | **SALAIRE CDI** |  |  |
| **RSA** |  |  | **RSA** |  |  |
| **INTERIM** |  |  | **INTERIM** |  |  |
| **STAGE – FORMATION** |  |  | **STAGE – FORMATION** |  |  |
| **RETRAITE** |  |  | **RETRAITE** |  |  |
| **ATA** |  |  | **ATA** |  |  |
| **PENSION D’INVALIDITE** |  |  | **PENSION D’INVALIDITE** |  |  |
| **INDEMNITES JOURNALIERES** |  |  | **INDEMNITES JOURNALIERES** |  |  |

**LES CHARGES ET DETTES**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ORIGINE** | **CHARGES** | **DETTES (MONTANT)** | **RESTE DU** | **MODALITES DE REMBOURSEMENTS** |
| **LOYER PRINCIPAL** |  |  |  |  |
| **CHARGES LOCATIVES** |  |  |  |  |
| **EDF – GDF** |  |  |  |  |
| **EAU** |  |  |  |  |
| **ASSURANCE** |  |  |  |  |
| **MUTUELLE** |  |  |  |  |
| **IMPOTS** |  |  |  |  |
| **TRANSPORTS** |  |  |  |  |
| **GARDE D’ENFANTS** |  |  |  |  |
| **PENSION ALIMENTAIRE** |  |  |  |  |
| **TELEPHONE** |  |  |  |  |
| **AUTRES** |  |  |  |  |

**DEPOT D’UN DOSSIER DE SURENDETTEMENT BANQUE DE France**

**[ ]  OUI DATE DU DEPOT ……………………………….**

**[ ]  NON**

**REPONSE DE LA BANQUE DE France…………………………………………………………………………………………………………….**

**SITUATION PROFESSIONNELLE (préciser : demandeur/conjoint/codemandeur)**

**PARCOURS PROFESSIONNEL – SITUATION ACTUELLE PAR RAPPORT A L’EMPLOI**

**LE PARCOURS RESIDENTIEL**

**PARCOURS (période, type, mode, motif de départ, …) - SITUATION ACTUELLE**

**SITUATION ACTUELLE DU MENAGE AU REGARD DU LOGEMENT OU DE L’HEBERGEMENT**

**LOGEMENT OU HEBERGEMENT ACTUEL**

**[ ]  SANS LOGEMENT [ ]  CHRS (collectif ou appartement)**

**[ ]  LOGEMENT AUTONOME ( *[ ]  parc privé [ ]  parc public)***

**[ ]  STRUCTURE MEDICO – SOCIALE [ ]  STRUCTURE JUDICIAIRE**

**[ ]  HEBERGEMENT GRATUIT (famille, amis, …)**

**[ ]  HEBERGEMENT PRECAIRE (camping, caravane, …)**

**[ ]  LOGEMENT TEMPORAIRE (ALT)**

**[ ]  MAISON RELAIS [ ]  RESIDENCE SOCIALE**

**[ ]  HEBERGEMENT D’URGENCE**

**[ ]  PROPRIETAIRE**

 **DEMARCHES ACTUELLES (inscription bailleurs, numéro unique, …)**

**CONTRAINTES LIEES AU LOGEMENT OU A L’HEBERGEMENT**

**PRESENCE D’ANIMAUX**

**[ ]  OUI [ ]  NON**

**SI OUI , PRECISER ESPECE ET NOMBRE :**

**SITUATION AU REGARD DE LA SANTE (préciser : demandeur/conjoint/codemandeur)**

**MOTIF DE LA DEMANDE**

**[ ]  EXPULSION LOCATIVE**

**[ ]  LOGEMENT INSALUBRE – INDIGNE**

**[ ]  SEPARATION OU RUPTURE DES**

 **LIEN FAMILIAUX**

**[ ]  FIN D’HOSPITALISATION**

**[ ]  SORTIE DE PRISON**

**[ ]  ARRIVEE EN FRANCE**

**[ ]  ABSENCE DE RESSOURCES**

**[ ]  SORTIE DE STRUCTURE**

 **D’HEBERGEMENT**

**[ ]  FIN DE PRISE EN CHARGE ASE**

**[ ]  ABSENCE DE LOGEMENT**

**[ ]  LOGEMENT REPRIS PAR LE PROPRIETAIRE**

**[ ]  REGROUPEMENT FAMILIAL**

**[ ]  DALO**

**[ ]  VIOLENCES FAMILIALES**

**[ ]  AUTRE MOTIF :………………………….**

**SYNTHESE DU DIAGNOSTIC SOCIAL**

*(Capacités et difficultés du ménage repérées au regard du logement, freins actuels au logement autonome, domaines devant être travaillés dans le cadre d’un accompagnement social, …)*

**ETUDE DE LA DEMANDE PARTAGEE AVEC LE(s) DEMANDEUR(s)**

**[ ]  OUI [ ]  NON**

***« Je donne mon accord pour que les informations contenues dans ce document puissent être fournies aux professionnels susceptibles de m'accompagner dans mes démarches ».\****

**Fait à ……………………………………………….., le……………………………………………………….**

 **Signature du demandeur Signature du conjoint ou du codemandeur**

***\*ATTENTION : Toute demande non signée par le demandeur (et le conjoint ou le codemandeur) sera considérée comme irrecevable.***

**PRECONISATION - COMMISSION D’ORIENTATION - DECISION**

**PRECONISATION D’ORIENTATION PROPOSEE PAR LE TRAVAILLEUR SOCIAL DU SIAO**

**[ ]  CHRS COLLECTIF**

**[ ]  CHRS APPARTEMENTS**

**[ ]  STABILISATION**

**[ ]  MAISON RELAIS**

**[ ]  RESIDENCE SOCIALE**

**[ ]  ALT**

**[ ]  Intermédiation Locative (ILO)**

**[ ]  AVDL**

**[ ]  AUTRE :………………………………………………….**

**DATE DU PASSAGE EN COMMISSION :………….........................................................................................................**

**DECISION DE LA COMMISSION DEPARTEMENTALE D’ORIENTATION**

**[ ]  VALIDATION DISPOSITIF :**

**[ ]  REFUS MOTIF : ……………………………………………………………………………………………….**

**[ ]  AJOURNEMENT MOTIF : ……………………………………………………………………………………………….**