****

FICHE d’EVALUATION SOCIALE

SI-SIAO Loire

ID :

 ***Cadre réservé au Siao***

à retourner au SIAO Loire de préférence par e-mail : siao-loire@siao42.org

**MERCI DE COMPLETER L’ENSEMBLE DES ITEMS**

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

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

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

**1/ SITUATION ADMINISTRATIVE**

(Rayer les mentions inutiles)

**DEMANDEUR**

**NOM** : **Coordonnées :**

**Prénom** : **Sexe** : Homme/Femme

**Date de Naissance** : **Lieu de naissance** :

**Nationalité** : Français – UE – Hors UE – Apatride – Non renseigné

**Date d’arrivée en France** :

**Droit au séjour** : OUI/NON/Non renseigné

Demandeur d'asile/ Refugie/Débouté du droit d'asile/Récépissé asile/Carte de séjour temporaire/Carte résident/Récépissé renouvellement titre/Autre

**Papier d’identité** : OUI/NON

**Déclaration de perte** : OUI/NON **Date de fin de validité titre/récépissé** : **Date de renouvèlement du titre** :

**Nombre de renouvellement** **du titre** : **Demande de titre en cours** : OUI/NON

**Droits ouverts par le titre de séjour** : Aucun/Travail/Prestations sociales et familiales/Aide au logement

**Ménage co-titulaire d’un bail locatif** : OUI/NON **Justifie du fait qu’il n’est plus solidaire de son conjoint** : OUI/NON

**Droits ouverts à la sécurité sociale** : OUI/NON

**Précisez** : Non renseigné/Aide médicale d'Etat/CMU/CMU-C/Mutuelle/Régime général/Régime agricole/Couverture sociale européenne

 Sans couverture sociale

**Démarches administratives en cours** : (*500 caractères maximum*)

(Rayer les mentions inutiles)

**CONJOINT/CO-DEMANDEUR (sauf si enfant majeurs à charge)**

**NOM** : **Coordonnées :**

**Prénom** : **Sexe** : Homme/Femme

**Date de Naissance** : **Lieu de naissance** :

**Nationalité** : Français – UE – Hors UE – Apatride – Non renseigné

**Date d’arrivée en France** :

**Droit au séjour** : OUI/NON/Non renseigné

Demandeur d'asile/ Refugie/Débouté du droit d'asile/Récépissé asile/Carte de séjour temporaire/Carte résident/Récépissé renouvellement titre/Autre

**Papier d’identité** : OUI/NON

**Déclaration de perte** : OUI/NON **Date de fin de validité titre/récépissé** : **Date de renouvèlement du titre** :

**Nombre de renouvellement** **du titre** : **Demande de titre en cours** : OUI/NON

**Droits ouverts par le titre de séjour** : Aucun/Travail/Prestations sociales et familiales/Aide au logement

**Ménage co-titulaire d’un bail locatif** : OUI/NON **Justifie du fait qu’il n’est plus solidaire de son conjoint** : OUI/NON

**Droits ouverts à la sécurité sociale** : OUI/NON

**Précisez** : Non renseigné/Aide médicale d'Etat/CMU/CMU-C/Mutuelle/Régime général/Régime agricole/Couverture sociale européenne

 Sans couverture sociale

**Démarches administratives en cours** : (*500 caractères maximum*)

**2/ SITUATION FAMILIALE**

(Rayer les mentions inutiles)

**Situation Matrimoniale** : Non renseigné/Célibataire/Marié/Pacsé/Vie maritale/Concubinage/Séparé/Divorcé/Veuf

**INFORMATIONS RELATIVES AUX ENFANTS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NOM | Prénom | Sexe | Date de naissance | Garde/Scolarité | Lieu de garde/Lieu de scolarité | A héberger | A charge |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**GROSSESSE**

**Enfant(s) à naître** : OUI/NON

**Date prévisionnelle de l’accouchement** :

**Type de grossesse** : Simple/ Jumeaux / Multiple

**REGROUPEMENT FAMILIAL** : Non renseigné/Envisagé/En cours/Accepté

**Précisez le nombre de personnes** :

**COMMENTAIRES** : (*500 caractères maximum*)

**3/ SITUATION PROFESSIONNELLE**

(Rayer les mentions inutiles)

**DEMANDEUR**

**En emploi** : OUI/NON

**Type de Contrat** : CDI/CDD/Fonctionnaire/Contrat aidé/Intérim/Saisonnier/Apprenti/Stagiaire

**Nombre d’heures hebdomadaires** :

**Horaires de travail** :

**Poste occupé** :

**Commune** : **Département** :

**Date de début de contrat** : **Date de fin de contrat** :

**En recherche d’emploi** : OUI/NON **Statut de demandeur** : OUI/NON **Etudiant** : OUI/NON

**Retraité** : OUI/NON **RQTH** : OUI/NON **Moyen de locomotion** : OUI/NON

**En formation** : OUI/NON **Date de fin de formation** :

**Commune** : **Département** :

**COMMENTAIRES** : (*500 caractères maximum*)

**CONJOINT/CO-DEMANDEUR**

**En emploi** : OUI/NON

**Type de Contrat** : CDI/CDD/Fonctionnaire/Contrat aidé/Intérim/Saisonnier/Apprenti/Stagiaire

**Nombre d’heures hebdomadaires** :

**Horaires de travail** :

**Poste occupé** :

**Commune** : **Département** :

**Date de début de contrat** : **Date de fin de contrat** :

**En recherche d’emploi** : OUI/NON **Statut de demandeur** : OUI/NON **Etudiant** : OUI/NON

**Retraité** : OUI/NON **RQTH** : OUI/NON **Moyen de locomotion** : OUI/NON

**En formation** : OUI/NON **Date de fin de formation** :

**Commune** : **Département** :

**COMMENTAIRES** : (*500 caractères maximum*)

**4/ SITUATION BUDGETAIRE**

(Rayer les mentions inutiles)

**DEMANDEUR et ou CONJOINT ou Co Demandeur**

**RESSOURCES**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TYPE DE RESSOURCES** | **MONTANT MENSUEL EN EURO** | **DATE DE FIN PREVISIONNELLE** |
| **Demandeur** | **Co demandeur** | **Demandeur** | **Co demandeur** |
| Sans ressource |  |  |  |  |
| Ressources d'activité |  |  |  |  |
| Retraite |  |  |  |  |
| Allocation chômage |  |  |  |  |
| Formation |  |  |  |  |
| RSA socle |  |  |  |  |
| RSA majoré |  |  |  |  |
| AAH |  |  |  |  |
| ASS |  |  |  |  |
| Allocations familiales |  |  |  |  |
| Allocation temporaire d'attente |  |  |  |  |
| Autre ressource |  |  |  |  |
| **TOTAL** |  |  |  |  |

**CHARGES DETTES**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **TYPE DE CHARGES** | **MONTANT MENSUEL EN EURO** |  | **TYPE DE DETTES** | **MONTANT GLOBAL EN EURO** |
|  | **Demandeur** | **Co demandeur** |  |  | **Demandeur** | **Co demandeur** |
| Loyer |  |  |  | Locatives |  |  |
| EDF |  |  |  | Crédits à la consommation |  |  |
| GDF |  |  |  | Crédits immobiliers |  |  |
| Eau |  |  |  | Amendes |  |  |
| Assurances |  |  |  | Découverts bancaires |  |  |
| Mutuelle |  |  |  | Retard d’impôts |  |  |
| Impôts |  |  |  | Autres dettes |  |  |
| Transport |  |  |  |  |  |  |
| Garde d’enfant |  |  |  |  |  |  |
| Pension alimentaire |  |  |  |  |  |  |
| Téléphone |  |  |  |  |  |  |
| Autre |  |  |  |  |  |  |
| **TOTAL** |  |  |  | **TOTAL** |  |  |

**Dossier de surendettement :** OUI/NON **Date du dépôt de dossier de surendettement** :

**Apurement de la dette** : **Moratoire**: OUI/NON **Date de fin** :

**Evolution globale de la situation budgétaire dans les 6 prochains mois** : Non renseigné/Stable/Augmentation/Diminution

**PRECISIONS**: (*500 caractères maximum*)

**5/ SUIVI SOCIAL**

(Rayer les mentions inutiles)

**DEMANDEUR**

**Suivi social :** OUI/NON

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Suivi social** | **NOM et Coordonnées du référent** | **Commentaire** |
| Association |  |  |
| CCAS |  |  |
| Conseil Général |  |  |
| Hôpital |  |  |
| Justice |  |  |
| Mission Locale |  |  |
| Organisme de protection sociale |  |  |
| Tutelle |  |  |
| Curatelle |  |  |
| Suivi RSA |  |  |
| Autre suivi social |  |  |

**CONJOINT/CO-DEMANDEUR**

**Suivi social :** OUI/NON

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Suivi social** | **NOM et Coordonnées du référent** | **Commentaire** |
| Association |  |  |
| CCAS |  |  |
| Conseil Général |  |  |
| Hôpital |  |  |
| Justice |  |  |
| Mission Locale |  |  |
| Organisme de protection sociale |  |  |
| Tutelle |  |  |
| Curatelle |  |  |
| Suivi RSA |  |  |
| Autre suivi social |  |  |

**Coordonnées d’un autre intervenant auprès du demandeur ou de la famille**

**NOM :**

**Prénom :**

**Organisme :**

**Courriel : Téléphone : Fax :**

**6/ SITUATION AU REGARD DU LOGEMENT**

(Rayer les mentions inutiles)

**Expérience de logement autonome :** OUI/NON

**Durée des expériences locatives** :

**DEMANDE DE LOGEMENT**

**Demande de logement social** : OUI/NON

**Numéro unique** :

**Date de la demande** : **Date de renouvellement** :

**Communes recherchées** :

**Recherche de logement privé** : OUI/NON **Communes recherchées** :

**COMMISSION DALO**

**Passage en commission DALO** : OUI/NON **DALO requalifié en DAHO** : OUI/NON **Dossier déposé** : OUI/NON

**Date d’accusé de réception : Date de décision : Décision prioritaire DALO :** OUI/NON

**Type d’orientation** :

**Dossier de recours au contentieux** : OUI/NON **Date de recours** : **Numéro de recours** :

**COMMISSION DAHO**

**Passage en commission DAHO** : OUI/NON

**Date de dépôt** : **Date d’accusé de réception : Date de décision :**

**Dossier de recours au contentieux** : OUI/NON **Date de recours** : **Numéro de recours** :

**RESERVATION PREFECTORALE** : OUI/NON

**AIDES ET ACCES AU LOGEMENT**

**Accompagnement social** : Non renseigné/Oui/Non/A préconiser

**FSL** : Non renseigné/Accord/Refus/A solliciter

**ASLL** : Non renseigné/accord/Refus/A solliciter

**AVDL** : Oui/Non/A préconiser

**7/ PIECES JUSTIFICATIVES PRESENTEES**

Cocher le(s) case(s) correspondante(s)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Liste des pièces** | **Demandeur** | **Co-demandeur** |
| Aucune pièce |  |  |
| Attestation de séjour |  |  |
| Attestation de dépôt du Numéro Unique Régional (NUR) |  |  |
| Attestation d'hébergement |  |  |
| Avis d'imposition |  |  |
| CAF |  |  |
| Carte vitale |  |  |
| Attestation de domiciliation |  |  |
| Carte d'identité |  |  |
| Fiche de paie |  |  |
| Livret de famille |  |  |
| Passeport |  |  |
| Permis de conduire |  |  |
| Quittances |  |  |
| Inscription pôle emploi |  |  |

**SYNTHESE DE L’EVALUATION SOCIALE**

*(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, …)*

 (*2000 caractères maximum*)

  Avant de saisir la demande, vous devez appeler l'attention de la personne sur ses droits :

* droit de refus de répondre,
* droit d'accès,
* droit de rectification aux informations la concernant.

(*Merci de cocher la case ci-dessous*)

**Je certifie avoir prévenu le demandeur sur ses droits** 