

Direction Générale Adjointe Chargée de la Solidarité

Pôle Solidarité développement Social

Direction Insertion et Inclusion

Mission Territoires et développement social

MESURE D’ACCOMPAGNEMENT

SOCIAL PERSONNALISÉ

ÉVALUATION SOCIALE

1. -

Service Instructeur : Nom de l’organisme : Adresse :

Téléphone :

**Dossier à retourner à :**

Pôle territorial de solidarité\*de : .......................................

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

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

*\* Du lieu de domiciliation du bénéficiaire*

1. - ÉTAT CIVIL :

Monsieur ❏ Madame ❏

Nom Nom

Prénom Prénom

Date et lieu de naissance Date et lieu de naissance

Situation familiale Situation familiale

Situation professionnelle Situation professionnelle

Adresse Adresse

Téléphone Téléphone .

1. - AUTRES MEMBRES VIVANT AU FOYER :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| NOM PRÉNOM | SEXE | DATE ET LIEU DE NAISSANCE | SITUATION FAMILIALE (1) | LIEN DE PARENTÉ (2) |
|  |  |  |  |  |

###### Situation familiale : M : Marié D : Divorcé V : Veuf U : Union libre C : Célibataire P : PACS S : Séparé

1. *Lien de parenté : P : Père M : Mère E : Enfant F ou S : Frère ou Sœur (etc.).*
2. - PERSONNES RESSOURCES DE L’ENVIRONNEMENT

#### Personnes auxquelles l’intéressé fait ou peut faire appel actuellement en cas de besoins (1).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NOM PRÉNOM | ADRESSE/COORDONNÉES | TÉLÉPHONE | TYPE DE LIENS (2) |
|  |  |  |  |

##### Votre avis sur l’aide apportée par cette personne ressource

1. Pour toutes les personnes dont les coordonnées sont communiquées, le travailleur social doit s’assurer de leur accord.
2. Type de lien : préciser : Voisin, Ami, Bénévole d’association, Professionnel…
3. - SITUATION FINANCIÈRE

***Ressources mensuelles du foyer***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| RESSOURCES | INTERESSÉ(E) | CONJOINT(E) | ENFANT(S) | AUTRES |
| SALAIRE |  |  |  |  |
| REVENUS DE TRAVAILLEURS IND et EXP.AGRIC. |  |  |  |  |
| INDEMNITÉS JOURNALIÈRES (Maladie, Maternité) |  |  |  |  |
| ALLOCATION CHÔMAGE (préciser) |  |  |  |  |
| FORMATION OU STAGE REMUNÉRÉ |  |  |  |  |
| RENTE ACCIDENT DU TRAVAIL |  |  |  |  |
| PENSION D’INVALIDITÉ |  |  |  |  |
| PENSION ALIMENTAIRE |  |  |  |  |
| PENSION ET RETRAITE |  |  |  |  |
| AUTRES (préciser) |  |  |  |  |
| TOTAL DES REVENUS |  |  |  |  |
| PRESTATIONS SOCIALES |  |  |  |  |
| AAH et AFH |  |  |  |  |
| RSA |  |  |  |  |
| PRESTATIONS FAMILIALES (Hors AL, APL) |  |  |  |  |
| PCH |  |  |  |  |
| ALLOCATION LOGEMENT OU APL OU ALS |  |  |  |  |
| ASPA |  |  |  |  |
| APA |  |  |  |  |
| AUTRES (préciser) |  |  |  |  |
| TOTAL DES PRESTATIONS |  |  |  |  |
| TOTAL RESSOURCES |  |  |  |  |

**Charges mensuelles Crédits mensuels**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| CHARGES | MONTANT |  | CRÉDITS | MONTANT | DATE D’EXPIRATION |
| LOYER HORS CHARGES (AL ou APL non déduite) |  |  | MOBILIER |  |  |
| MENSUALITÉS D’ACCESSION A LA PROPRIÉTÉ |  |  | VOITURE |  |  |
| ÉLECTRICITÉ |  |  | ÉLECTROMÉNAGER |  |  |
| GAZ |  |  | CARTE DE CRÉDIT (consommation) |  |  |
| EAU |  |  | AUTRES (préciser) |  |  |
| TÉLÉPHONE |  |  | TOTAL CRÉDITS |  |  |
| AUTRE MODE DE CHAUFFAGE |  |  |  |  |  |
| PENSION ALIMENTAIRE |  |  |  |  |  |
| FRAIS DE GARDE |  |  |  |  |  |
| REDEVANCE TÉLÉVISION |  |  | DETTES | | MONTANT |
| CANTINE + TRANSPORT SCOLAIRE |  |  | LOYER ou ACCESSION | |  |
| TAXES HABITATION / FONCIÈRE |  |  | FOURNITURES ÉNERGIE (EDF, gaz, eau) préciser | |  |
| IMPÔT SUR LE REVENU |  |  | TRÉSOR PUBLIC (Impôts, Amendes, TH, TF, TV, autres) | |  |
| ASSURANCE LOGEMENT |  |  | TÉLÉPHONE | |  |
|  |  |  | ASSURANCES (logement, véhicule, mutuelle) préciser | |  |
| ASSURANCE VÉHICULE |  |  |  | |  |
| MUTUELLE |  |  | CRÉDITS A LA CONSOMMATION | |  |
| AUTRES CHARGES (à préciser) |  |  | AUTRES (préciser) | |  |
| TOTAL CHARGES |  |  | TOTAL DETTES | |  |

1. **-INCIDENCE DES DIFFICULTÉS FINANCIÈRES SUR LA SANTÉ ET LA SÉCURITÉ DE LA PERSONNE**
   1. **- LOGEMENT :**

**Situation au regard du logement :**

### ❏ Locataire

❏ Bailleur public ❏ Bailleur privé

Nom du Bailleur :

Adresse du bailleur :

### ❏ Propriétaire

* Crédit en cours ❏ Oui ❏ Non

### ❏ Hébergé

* Par un tiers ❏ Préciser :
* En structure d’accueil ❏ Préciser :

#### En squatt ❏

* Autre ❏ Préciser :

Conditions d’habitat :

#### Logement décent ❏ Oui ❏ Non

#### Si non : préciser les facteurs d’indécence :

Problèmes identifiés :

#### Impayé lié au logement (énergie, assurance habitation) :

❏ Oui ❏ Non

#### Impayé de loyer/accession ❏ Oui ❏ Non

* Procédure d’expulsion en cours : ❏ Oui ❏ Non

Préciser à quelle étape (assignation, concours force publique, etc.)

Préciser les démarches en cours :

* 1. **- SANTÉ :**

#### La (les) personne(s) a-t-elle (ont-elles) une couverture sociale ?

❏ Protection sociale ❏ CMU ❏ Mutuelle

La (les) personne(s) est-elle (sont-elles) confrontée(s) actuellement à des problèmes de santé ?

❏ Oui ❏ Non

#### Lesquels ? Préciser : (hospitalisation, nécessité de soins réguliers ou d’appareillages, mauvais état de santé général, absence de soins, de couverture sociale…).

#### Préciser les liens entre les problèmes de gestion et les problèmes de santé.

* 1. **- BESOINS PREMIERS :**

#### Hygiène, nourriture ❏ Oui ❏ Non

Préciser le lien entre les problèmes de gestion et les difficultés repérées ?

1. **- MESURE D’ACCOMPAGNEMENT SOCIAL PERSONNALISÉ PRÉCONISÉE**

#### La (les) personne(s) souhaite(ent) un accompagnement social personnalisé et conserve(ent) la gestion de ses (leurs) prestations :

❏ Oui ❏ Non

#### La (les) personne(s) souhaite(ent) un accompagnement social et une perception/gestion de ses (leurs) prestations par le Département :

❏ Oui ❏ Non

Indiquer la ou les prestations sur lesquelles porteront la perception/gestion :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom de la Prestation | Organisme Prestataire | N° Allocataire |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **- PIÈCES À FOURNIR**

#### Copie de la carte d’identité du ou des demandeur(s) ou copie du livret de famille

* + Justificatif de domicile de moins de trois mois

#### Justificatif(s) de prestations permettant l’ouverture de la MASP

* + Justificatif(s) des dettes et crédits

1. **- ÉVALUATION - EXPOSÉ DES MOTIFS**

#### L’évaluation sociale devra notamment faire apparaître les éléments suivants :

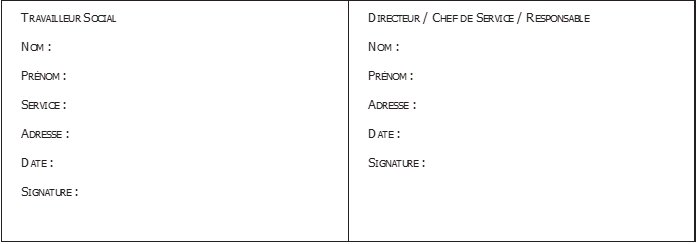
#### Événements à l’origine ou en lien avec les difficultés (historique, parcours professionnels, parcours de santé, ruptures sociales ou familiales etc.)

#### Y a-t-il déjà eu des mesures d’accompagnement social ou budgétaire mises en œuvre, préciser les acquis et les difficultés rencontrées.

#### Développer les incidences des difficultés de gestion sur la santé ou la sécurité.

#### Préciser le degré d’autonomie des personnes, leurs potentialités à retrouver une capacité à gérer seules leur budget, le degré d’adhésion du ou des demandeurs au projet d’accompagnement.

#### Faire des préconisations d’actions à mettre en œuvre dans le cadre du contrat.



|  |  |
| --- | --- |
| TRAVAILLEUR SOCIAL NOM :  PRÉNOM : SERVICE : ADRESSE : DATE : SIGNATURE : | DIRECTEUR / CHEF DE SERVICE / RESPONSABLE NOM :  PRÉNOM : ADRESSE : DATE : SIGNATURE : |