

# Évaluation d'une Mesure d'Accompagnement Social Personnalisé

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 du ou des demandeurs

<input type="checkbox"/> Madame	<input type="checkbox"/> Monsieur
Nom	
Prénom	
Date de naissance	
Lieu de naissance	

<input type="checkbox"/> Madame	<input type="checkbox"/> Monsieur
Nom	
Prénom	
Date de naissance	
Lieu de naissance	

### Situation familiale (cocher ci-dessous) :

- Personne seule sans enfant à charge mineur ou majeur
- Personne seule avec enfant(s) à charge mineur ou majeur
- Personne en couple sans enfant à charge mineur ou majeur
- Personne en couple avec enfant(s) à charge mineur ou majeur

### Situation familiale (cocher ci-dessous) :

- Personne seule sans enfant à charge mineur ou majeur
- Personne seule avec enfant(s) à charge mineur ou majeur
- Personne en couple sans enfant à charge mineur ou majeur
- Personne en couple avec enfant(s) à charge mineur ou majeur

### Situation matrimoniale (cocher ci-dessous) :

- Célibataire
- En couple (mariée, PACS, union libre)
- Divorcée
- Veuve

### Situation matrimoniale (cocher ci-dessous) :

- Célibataire
- En couple (mariée, PACS, union libre)
- Divorcée
- Veuve

### Situation professionnelle (cocher ci-dessous) :

- Occupe un emploi, apprenti(e) sous contrat ou stagiaire rémunéré
- Chômeur (inscrit ou non à France Travail)
- Retraité(e) ou en préretraite
- Inactifs (étudiant(e), élève, en formation ou stagiaire non rémunéré, femme ou homme au foyer, inactif (ve) pour cause d'invalidité, autre situation d'inactivité)

### Situation professionnelle (cocher ci-dessous) :

- Occupe un emploi, apprenti(e) sous contrat ou stagiaire rémunéré
- Chômeur (inscrit ou non à France Travail)
- Retraité(e) ou en préretraite
- Inactifs (étudiant(e), élève, en formation ou stagiaire non rémunéré, femme ou homme au foyer, inactif (ve) pour cause d'invalidité, autre situation d'inactivité)

Adresse  
Téléphone

Adresse  
Téléphone

## 2. Autres membres vivant au foyer

Nom Prénom	Sexe	Date et lieu de naissance	Situation familiale (1)	Lien de parenté (2)

(1) Situation familiale: **M**: Marié **D**: Divorcé **V**: Veuf **U**: Union libre **C**: Célibataire **P**: PACS **S**: Séparé

(2) Lien de parenté: **P**: Père **M**: Mère **E**: Enfant **F ou S**: Frère ou Sœur (etc.).

## 3. Personnes ressources de l'environnement

Nom Prénom	Adresse / Coordonnées	Téléphone	Type de liens (2)

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

(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...

Avis du travailleur social sur l'aide apportée par ces personnes ressources

## 4. Situation financière (à remplir le plus précisément possible)

### ► Ressources mensuelles du foyer

Ressources	Interessé(e)	Conjoint(e)	Autres
Salaire			
Revenus de travailleurs ind et exp.Agric.			
Indemnités journalières (maladie, maternité)			
Indemnités journalières (maladie, maternité)			
Indemnités journalières (maladie, maternité)			
Indemnités journalières (Maladie, Maternité)			
Pension d'invalidité			
Pension d'invalidité			
Pension d'invalidité			
Autres (préciser)			
<b>Total des revenus</b>			

Prestations sociales	Interessé(e)	Conjoint(e)	Autres
AAH et AFH			
RSA			
Prestations familiales (hors AL, APL)			
PCH			
Allocation logement ou APL ou ALS			
ASPA			
PCH ou Allocation compensatrice pour tierce personne			
Allocation supplémentaire d'invalidité			
Autres (préciser)			
<b>Total des prestations</b>			
<b>Total des ressources</b>			

#### ► Charges mensuelles

Charges	Montant
Loyer hors charges (AL ou APL non déduite)	
Mensualités d'accession à la propriété	
Électricité	
Gaz	
Eau	
Téléphone	
Autre mode de chauffage	
Pension alimentaire	
Frais de garde	
Redevance télévision	
Cantine + transport scolaire	
Taxes habitation / foncière	
Impôt sur le revenu	
Assurance logement	
Assurance véhicule	
Mutuelle	
Autres charges (à préciser)	
<b>Total des charges</b>	

#### ► Crédits mensuels

Prestations sociales	Montant	Date d'expiration
Mobilier		
Voiture		
Électroménager		
Carte de crédit (consommation)		
Autres (préciser)		
<b>Total des crédits</b>		

<b>Dettes</b>	<b>Montant</b>
Loyer ou accession	
Fournitures énergie (EDF, gaz, eau) préciser	
Trésor public (impôts, amendes, TF, tv, autres)	
Téléphone	
Assurances (logement, véhicule, mutuelle) préciser	
Crédits à la consommation	
Autres (préciser)	
<b>Total des dettes</b>	

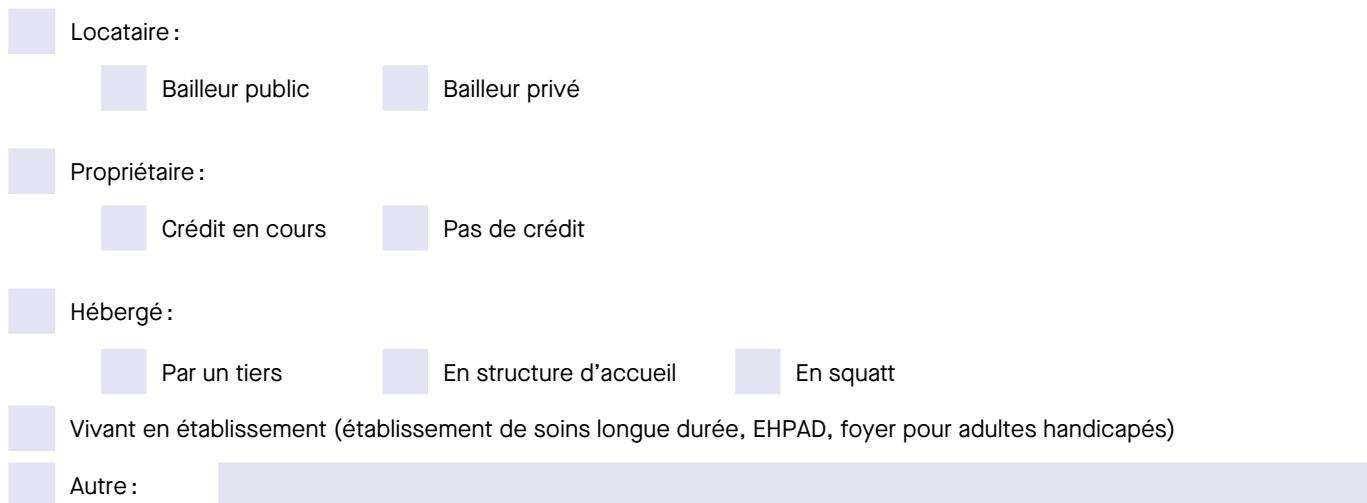
#### ► Crédits mensuels

<b>Prestations sociales</b>	<b>Montant</b>	<b>Date d'expiration</b>
Mobilier		
Voiture		
Électroménager		
Carte de crédit (consommation)		
Autres (préciser)		
<b>Total des crédits</b>		

## 5. Incidence des difficultés financières sur la santé et la sécurité de la personne

#### ► Logement

##### Situation au regard du logement



##### Conditions d'habitat

Logement décent  Oui  Non

Si non, préciser les facteurs d'indécence

## Problèmes identifiés

Impayé lié au logement (énergie, assurance habitation)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Impayé de loyer / accession	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Procédure d'expulsion en cours	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Préciser à quelle étape (assignation, concours force publique, etc.)		
Préciser les démarches en cours		

## ► Santé

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

<input type="checkbox"/> Protection sociale	<input type="checkbox"/> CMU	<input type="checkbox"/> Mutuelle
---	------------------------------	-----------------------------------

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

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.

## ► Besoins premiers

La personne rencontre-t-elle des difficultés sur les plans de la nourriture et/ou de l'hygiène ?

<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
------------------------------	------------------------------

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

## 6. Mesure d'accompagnement social personnalisé préconisée

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

<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
------------------------------	------------------------------

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

<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
------------------------------	------------------------------

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

Nom de la prestation	Organisme prestataire	N° allocataire

## 7. 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

## 8. 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.
- ▶ Emettre des préconisations d'actions à mettre en œuvre dans le cadre du contrat.

**Travailleur social :**

Nom

Prénom

Mail travailleur social

Service

Mail du service

Adresse du service

Date

Signature

**Directeur / Chef de service / Responsable :**

Nom

Prénom

Mail

Service

Mail du service

Adresse du service

Date

Signature

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1972 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au :

Département de la Gironde  
1, esplanade Charles-de-Gaulle - CS 71223  
33074 Bordeaux Cedex