

Depuis la mise en place du SIAO départemental, les orientations vers les dispositifs d'Accueil, Hébergement, Insertion se font par son intermédiaire (Service Intégré d'Accueil et d'Orientation).

Vous pouvez télécharger, remplir la fiche de liaison jointe et l'envoyer au :

Tél : 09 70 75 90 24

Fax : 02 38 25 17 61

siao45@aidaphi.asso.fr

OU contacter directement le Service.

Vous pouvez aussi contacter l'établissement vers lequel vous souhaitez orienter afin d'obtenir d'autres informations.



DATE DE LA 1ERE DEMANDE : ___ / ___ / ___ Mise à jour le : ___ / ___ / ___

COORDONNEES DE LA PERSONNE QUI A SAISI LA DEMANDE :

Structure : Téléphone : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

Nom : Courriel :

IDENTITE DE LA (DES) PERSONNE(S) CONCERNEE(S) :

Conjoint

NOM :

NOM :

Prénom :

Prénom :

Né(e) le : ___ / ___ / ___

Né(e) le : ___ / ___ / ___

Sexe : F M

Sexe : F M

COMPOSITION FAMILIALE / STATUT :

Célibataire

Séparé(e).....

Autre précision :

Divorce en cours

Marié(e).....

Concubinage

Séparation en cours

Divorcé(e).....

Veuf(ve)

Ordonnance de non Conciliation ...

Plainte

Personnes à charge :

NOM	Prénom	Date de Naissance	OBSERVATION
		___ / ___ / ___	
		___ / ___ / ___	
		___ / ___ / ___	
		___ / ___ / ___	
		___ / ___ / ___	
		___ / ___ / ___	

ANIMAUX DE COMPAGNIE : OUI NON

SITUATION ADMINISTRATIVE DEMANDEUR : Français Européen VISA

Irrégulier DA

		<u>Date(s) de validité :</u>
Titre de séjour	<input type="checkbox"/> 10 ans <input type="checkbox"/> VPVF	Du ___ / ___ / _____
	<input type="checkbox"/> Autre :	Au ___ / ___ / _____
Droit travail	<input type="checkbox"/> Avec	Du ___ / ___ / _____
	<input type="checkbox"/> Sans	Au ___ / ___ / _____
Récépissé de demande de titre de séjour <input type="checkbox"/>		Du ___ / ___ / _____
Attestation provisoire de séjour <input type="checkbox"/>		Au ___ / ___ / _____
Ouverture de droit	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

SITUATION ADMINISTRATIVE CONJOINT : Français Européen VISA Irrégulier DA

		<u>Date(s) de validité :</u>
Titre de séjour	<input type="checkbox"/> 10 ans <input type="checkbox"/> VPVF	Du ___ / ___ / _____
	<input type="checkbox"/> Autre :	Au ___ / ___ / _____
Droit travail	<input type="checkbox"/> Avec	Du ___ / ___ / _____
	<input type="checkbox"/> Sans	Au ___ / ___ / _____
de demande de titre de séjour <input type="checkbox"/>		Du ___ / ___ / _____
Attestation provisoire de séjour <input type="checkbox"/>		Au ___ / ___ / _____
Ouverture de droit	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	



COORDONNEES DU DEMANDEUR :

Domiciliation :

Téléphone(s) : ___ / ___ / ___ / ___ / ___ ___ / ___ / ___ / ___ / ___

REFERENT :

NOM : Prénom :

Structure : CCAS MDD Autre (précisez) :

SITUATION BUDGETAIRE DU DEMANDEUR :

Emploi : OUI NON

Couverture Sociale : OUI NON

Si oui, précisez laquelle :

RESSOURCES		CHARGES		DETTES	
Type de ressource	Montant	Type de charges	Montant	Type de dettes	Montant
RSA <input type="checkbox"/>	Loyer..... <input type="checkbox"/>	Dettes locatives <input type="checkbox"/>
Salaire..... <input type="checkbox"/>	Assurance..... <input type="checkbox"/>		Autres dettes..... <input type="checkbox"/> (à préciser)
ASSEDIC..... <input type="checkbox"/>	Téléphone..... <input type="checkbox"/>		
AAH..... <input type="checkbox"/>	Energie..... <input type="checkbox"/>		
Retraite..... <input type="checkbox"/>	Mutuelle..... <input type="checkbox"/>		
ATA..... <input type="checkbox"/>	Impôts..... <input type="checkbox"/>		
Autres..... <input type="checkbox"/>	Frais de garde.. <input type="checkbox"/>		
		Transport..... <input type="checkbox"/>		
		Remboursemen de crédit..... <input type="checkbox"/>		
		Plan BDF..... <input type="checkbox"/>		
TOTAL		TOTAL		TOTAL	
BALANCE :				Dossier surendettement OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

SITUATION PHYSIQUE :

Sur Orléans depuis le : ___ / ___ / _____

Situation au moment de la demande :

Hébergement aléatoire (amis,

famille, proches,...)

Hébergement d'insertion

Incarcération

Accueil de nuit

Procédure d'expulsion.....

Centre maternel

Sans domicile (SDF)

Hébergement insalubre

Hôtel.....

Camping

Logement autonome

CADA / HUDA.....

CHU.....

Logement adapté

MECS

Hospitalisation

Fin PEC ASE.....

Autre

Précisez :

Précisez :

CRITERES DE VULNERABILITE : (les critères de vulnérabilité ne sont pas des critères de priorisation des situations et ne sont pas prioritaires les uns par rapport aux autres).

Age de la personne :

Victime de violences : OUI NON

Isolement (présence ou non de relais par un tiers) : OUI NON

Urgence (quel danger risque la personne ?) :

Femme enceinte : OUI NON

Présence de mineur(s) et âge(s) :

Problèmes de santé : OUI NON

Si oui, précisez : Handicap pathologie sortie de structure hospitalière

Autre :

Mesure de protection des majeurs vulnérables (tutelle) : OUI NON

Si oui, coordonnées du tuteur :

SITUATION AU REGARD DU LOGEMENT :

Expérience locative : OUI NON

Recherche de logement : OUI NON

Préciser le type de logement :

Préciser le secteur géographique :

Demande de logement bailleurs sociaux : OUI NON

Date de Dépôt et de réactualisation des dossiers : ___ / ___ / _____

Demande de logement auprès des mairies : OUI NON

Date de Dépôt et de réactualisation des dossiers ___ / ___ / _____

Réservation préfectorale : OUI NON

Date de la réservation et/ou réactualisation : ___ / ___ / _____

Estimation APL :

DALO : OUI NON

FREINS DEJA IDENTIFIES A L'ACCES AU LOGEMENT AUTONOME :

Dettes locatives

Autres dettes

Freins liés à la situation administrative (Impôts, divorce, accès aux droits....)

Difficultés à accepter l'accompagnement social

PRECONISATIONS POUR L'HEBERGEMENT OU LE LOGEMENT :

N°1 :

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

N°2 :

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

N°3 :

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

N°4 :

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

Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 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 coordinateur du SIAO de votre département.

