

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](mailto: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"/>	.....		
ASSEDIC..... <input type="checkbox"/>	.....	Téléphone..... <input type="checkbox"/>	.....	Autres dettes..... <input type="checkbox"/> (à préciser)	.....
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"/>	.....	.....	.....
<b>TOTAL</b>		<b>TOTAL</b>		<b>TOTAL</b>	
<b>BALANCE :</b> .....				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.

