

*Bénéficiaire (s) :*

NOM – Prénom :

Adresse :

**DEMANDE D’ACCOMPAGNEMENT**

**BUDGÉTAIRE ET SOCIAL**

 Date de la demande :

 ***Réalisée par*** :

 NOM – Prénom :

 Organisme :

 Adresse :

 Coordonnées téléphoniques :

 Adresse électronique :

Merci de bien vouloir compléter le formulaire au format numérique à l’exception de la partie « Demande énoncée par la personne ou la famille ».

*A retourner à l’adresse suivante :*

 ***DGAS – Direction de l’Action Sociale – 39 rue de Beaulieu – 86034 POITIERS cedex***

**I –** **IDENTIFICATION DES PERSONNES VIVANT AU FOYER**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Nom***et nom de jeune fille le cas échéant* | **Prénom** | **Date et lieu de naissance** | **Profession ou classe** | Nom des adultes ayant l’autorité parentale (\*) |
| Demandeur 🞏 Mme 🞏 Mr |  |  |  |  |  |
| Co-demandeur 🞏 Mme 🞏 Mr |  |  |  |  |  |
| Enfants(Préciser le sexe) 🞎 M/ 🞎 F 🞎 M/ 🞎 F  🞎 M/ 🞎 F  🞎 M/ 🞎 F 🞎 M/ 🞎 F 🞎 M/ 🞎 F  |  |  |  |  |  |
| Enfants accueillis ponctuellement /Autres personnes |  |  |  |  |  |

(\*) Lorsqu’un des titulaires de l’autorité parentale d’un ou plusieurs enfants n’est pas présent au foyer, indiquer son nom.

|  |  |
| --- | --- |
| Adresse :  | Téléphone : |
| Adresse mail :N° CAF ou MSA :Pour les MASP2 : **N° Fiscal** (indiqué sur les déclarations d’impôts,les avis d’impôts, de taxe d’habitation ou de taxe foncière) : | 🞏 Mme :🞏 Mr : |

**II – ACCOMPAGNEMENT EN COURS OU ANTERIEUR**

* **Accompagnement social du service social départemental :** 🞏 Oui 🞏 Non

 🞏 Suivi ponctuel

 🞏 Accompagnement

* **Nom référent RSA :**
* **Accompagnement Social lié au Logement :** date de fin (mois/année)

* **Mesures administratives budgétaires antérieures :**

🞏 MAESF - date de fin (mois/année) :

🞏 MASP - date de fin (mois/année) :

🞏 AEB - date de fin (mois/année) :

* **Mesures judiciaires antérieures :**

🞏 Tutelle - date de fin (mois/année) :

🞏 Curatelle - date de fin (mois/année) :

🞏 Sauvegarde de justice - date de fin (mois/année) :

🞏 MAJ - date de fin (mois/année) :

🞏 MJAGBF - date de fin (mois/année) :

* **Autres mesures en cours ou antérieures que vous jugez utiles de mentionner :**
* **Dossier de surendettement :** 🞏 Oui 🞏 Non

 si oui : date du dépôt :

 étape de la procédure :

**III –RESSOURCES**

*(Identifiées au moment de la demande)*



**IV – CHARGES FIXES**



**V –** **MESURE D’ACCOMPAGNEMENT PROPOSEE**

 🞏 MASP accompagnement durée (de 6 à 24 mois) :

 *Document à joindre à la demande* : 🞎 Copie d’une pièce d’identité

 🞏 MASP accompagnement et gestion durée (de 6 à 24 mois) :

 *Documents à joindre à la demande :* 🞏 RIB

 🞏 Copie d’une pièce d’identité en cours de validité

 🞏 Justificatif de domicile de moins de 3 mois

 🞏 AEB (mesure réservée aux TS du CD) durée :

 *Document à joindre à la demande* : 🞎 Copie d’une pièce d’identité

 🞏 MAESF durée :

*Document à joindre à la demande* : 🞎 Cartographie famille (à demander auprès du secrétariat ASE territoire si besoin)

**VI –** **MOTIFS PRINCIPAUX DE MISE EN ŒUVRE**

 🞏 Difficultés liées au logement

 🞏 Difficultés liées à la santé

 🞏 Autres :

 🞏 Difficultés dans les démarches

 🞏 Surendettement

 🞏 Autre :……………………….

**VII –DEMANDE ENONCEE PAR LA PERSONNE OU LA FAMILLE (rédaction par la personne ou la famille de ses difficultés et de sa demande)**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Signatures : Demandeur Co-demandeur

*(personnes vivant au foyer)*

**Commission Nationale Informatique et Libertés**

La plupart des informations portées sur le présent questionnaire font l'objet d'un traitement automatisé ; l'article 8 de la loi du 6 Janvier 1978 accorde à l'usager un droit d'accès et de rectification sur les informations nominatives le concernant. Cette requête doit être adressée à Monsieur le Président du Conseil Départemental, Hôtel du Département, BP 319, 86008 Poitiers Cedex.

**VIII – RAPPORT D’EVALUATION**

**Historique au regard de la demande d’accompagnement budgétaire et social : récurrence des difficultés ou accident de la vie, accompagnement(s) antérieur(s),…**

**Les conditions de vie : logement, environnement, santé, famille, emploi,…**

**Les capacités et potentialités (préciser concernant le numérique)**

**Les difficultés et freins (préciser concernant le numérique)**

**Les axes (objectifs) de travail**

**L’adhésion**

**Signature** : le travailleur social