|  |  |
| --- | --- |
| C:\Users\Xavier\AppData\Local\Microsoft\Windows\INetCache\Content.Word\CAIO_siao.png | Demande d’hébergement de Stabilisation |

Nous vous rappelons les critères d’éligibilité du dispositif d’hébergement de stabilisation:

* **Situation administrative régulière**
* **Situation d’errance ou de mal logement.**
* **Adhésion aux conditions d’accueil proposées sur le dispositif : possible colocation pour les familles ou hébergement collectif pour les isolés, participation financière. Les orientations proposées peuvent concerner l’ensemble du territoire girondin.**
* **Le suivi social global reste assuré par le service à l’initiative de la demande d’hébergement (même quand le ménage a intégré le dispositif).**

Merci d’adresser la demande à la Coordonnatrice Urgence Marie GRENIER [m.grenier@caio-bordeaux.fr](mailto:m.grenier@caio-bordeaux.fr)

|  |  |
| --- | --- |
| **Origine de la demande** | |
| **Nom du travailleur social référent** |  |
| **Téléphone** |  |
| **Adresse e-mail** |  |
| **Service référent** |  |
| **Date de la demande** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Identité | | | | | | | | | | |
| **Composition familiale**   * Homme isolé * Femme isolée * Couples sans enfant | | | | | * Femme avec enfant(s) *Nombre d’enfants :* * Homme avec enfant(s) *Nombre d’enfants :* * Couple avec enfant(s) *Nombre d’enfants :* | | | | | |
| Demandeur | | | | Co-demandeur | | | | | | |
| Nom | |  | | | Nom | | | |  | |
| Prénom | |  | | | Prénom | | | |  | |
| Date de naissance | |  | | | Date de naissance | | | |  | |
| Sexe | | **☐** Homme ☐ Femme | | | Sexe | | | | ☐ Homme ☐ Femme | |
| Adresse de domiciliation | |  | | | Adresse de domiciliation | | | |  | |
| Téléphone | |  | | | Téléphone | | | |  | |
| Adresse e-mail | |  | | | Adresse e-mail | | | |  | |
| Grossesse en cours  *(Préciser la date du terme)* | | **Oui** ☐  Lieu du suivi : | | | | | Non ☐ | | | |
| **Enfants** | | | | | | | | | | |
| Nom |  | Prénom |  | | Sexe | **☐ Garçon ☐ Fille** | | Date de naissance | |  |
| Nom |  | Prénom |  | | Sexe | **☐ Garçon ☐ Fille** | | Date de naissance | |  |
| Nom |  | Prénom |  | | Sexe | **☐ Garçon ☐ Fille** | | Date de naissance | |  |
| Nom |  | Prénom |  | | Sexe | **☐ Garçon ☐ Fille** | | Date de naissance | |  |
| Nom |  | Prénom |  | | Sexe | **☐ Garçon ☐ Fille** | | Date de naissance | |  |
| Situation administrative | | | | | | | | | | |
| Demandeur | | | | Co-demandeur | | | | | | |
| Nationalité | |  | | | Nationalité | | | |  | |
| Nature de la pièce d’identité *(CNI, Passeport, Carte de séjour…)* | |  | | | Nature de la pièce d’identité *(CNI, Passeport, Carte de séjour…)* | | | |  | |
|  **Si titre de séjour, préciser la validité**   **Préciser si la demande est acceptée mais en attente de réception du titre**   **Préciser si pièce ID perdue** | |  | | |  **Si titre de séjour, préciser la validité**   **Préciser si la demande est acceptée mais en attente de réception du titre**   **Préciser si pièce ID perdue** | | | |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Insertion professionnelle** | |
| **Demandeur** | **Co-demandeur** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ressources actuelles  *(nature et montant)* |  | Ressources actuelles  *(nature et montant)* |  |
| **Situation** | * En emploi   *Préciser si CDD, CDI… :*   * En recherche d’emploi * En formation * Retraite * Pension   *Préciser la nature de la pension :*   * Sans activité | **Situation** | * En emploi   *Préciser si CDD, CDI… :*   * En recherche d’emploi * En formation * Retraite * Pension   *Préciser la nature de la*  *pension :*   * Sans activité |
| **Suivi professionnel**  *(contact du référent + Lieu)* |  | **Suivi professionnel**  *(contact du référent + Lieu)* |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Santé** | |
| **Demandeur** | **Co-demandeur** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Couverture maladie**  *(Droits de base, CMU, mutuelle…)* |  | **Couverture maladie**  *(Droits de base, CMU, mutuelle…)* |  |
| **Traitement ou suivi médical en cours** | **☐** **Oui**  Lieu :   * **Non** | **Traitement ou suivi médical en cours** | **☐** **Oui**  Lieu :  ☐ Non |

|  |  |
| --- | --- |
| **Situation au regard du logement\***  **\***à remplir selon les démarches engagées à ce jour | |
| **N° unique départemental** |  |
| **Dossier DALO/DAHO/**  **Contingent Prioritaire :** | **Oui** ☐  Date de la demande :  **Oui** ☐  Date de la demande : |
| **Fiche SIAO** | **☐ Oui** Préconisationdu SIAO :  **☐ Non** |
| **Autre** *(préciser)* |  |

|  |
| --- |
| **Parcours logement** |
|  |

|  |
| --- |
| **Projet de sortie** |
|  |

## 