

# Dossier de Candidature aux Habitations Protégées

## « Les Erables IHP »

Route de Blaimont 7 à 5541 Hastière par-delà

082/64.49.69

Date : .... / .... / ....

### I. Coordonnées

#### **OBLIGATOIRE :**

**VIGNETTE DE MUTUELLE A**  
**COLLER ICI**

#### Identification du candidat :

Nom : ..... Prénom : .....

Etat civil : ..... Nationalité : .....

Date de naissance : .....

Domicile : .....

.....

Lieu de résidence (si différent du domicile) : .....

.....

Tél. / Gsm : .....

#### Identification du demandeur :

Personne de contact : .....

Institution / Service : .....

Coordonnées : .....

Tél. : ..... Fax : .....

---

### II. Renseignements personnels

#### 1. Votre situation de vie actuelle :

Dans quelle circonstance recherchez-vous **aujourd'hui** un hébergement en habitation protégée ? .....

.....

.....

.....

.....

Quelles sont vos attentes par rapport à un séjour en habitation protégée ?

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

Comment envisagez-vous votre avenir ? .....

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

2. Votre scolarité :

Dernière année d'enseignement **réussie** : .....

Dans l'enseignement normal ou spécial : .....

Formation complémentaire : .....

3. Votre parcours professionnel :

Profession (actuelle ou dernière) : .....

Depuis quelle année avez-vous cessé de travailler ? .....

.....  
.....

---

### III. Renseignements familiaux

1. Composition de la famille :

(Lien de parenté, nom, prénoms, date de naissance, adresse, n° tél., remarques)

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

2. Quelle est votre situation familiale actuelle ?

.....

.....  
.....  
3. (Autres) ‘Personnes de confiance’ : parents, famille d’accueil, amis, ...

(Lien de parenté, nom, prénoms, date de naissance, adresse, n° tél., remarques).

.....  
.....  
4. Avez-vous un contact privilégié avec une personne de votre entourage ? Qui ?

.....  
.....  
5. Fréquence souhaitée des retours en famille : .....

6. Moyens de déplacement envisagés pour ses retours

---

#### IV. Renseignements sociaux

N° de Registre National : .....

1. Votre logement :

Quelle est votre situation actuelle de logement ? .....

2. Votre mutuelle :

- Organisme assureur : .....

- Dénomination et adresse : .....

- N° d’inscription : .....

- Statut : .....

- Affiliation en ordre jusqu’à quelle date : .....

### 3. Vos revenus :

Cochez la case correspondant à votre (vos) revenu(s) actuel(s). Merci de joindre une **copie de l'attestation de chaque revenu** dont vous disposez.

#### 0 Allocations familiales

- Caisse (dénomination) : .....
- Adresse : .....
- Tél. : .....
- N° d'affiliation : ..... Montant : .....
- Nature de l'allocation : 0 ordinaire    0 majorée de handicapé    0 invalide    0 orphelin
- Nom de l'attributaire : .....

#### 0 Salaire

- Dénomination de l'employeur : .....
- Montant : .....

#### 0 Allocations à la personne handicapée (Ministère de la Prévoyance Sociale)

- La demande a été introduite le .....
- à l'administration communale de ..... en date du .....
- N° dossier .....
- Versée à .....
- Montant : .....

#### 0 Chômage

- Caisse : ..... Depuis le : .....
- Adresse : .....
- Tél. : .....

#### 0 Indemnités de mutuelle (invalidité)

- Montant : .....
- Depuis le : ..... Payé à : .....

#### 0 Revenu d'Intégration Social

- CPAS de .....
- Adresse : .....
- Tél. : .....

#### 0 Autres allocations / ressources

- Dénomination et adresse de l'organisme : .....
  - .....
  - Tél. : .....
  - Type : ..... Montant : .....
-

#### 4. Assurance responsabilité civile

Êtes-vous actuellement couvert par une assurance en responsabilité civile ? .....

Auprès de la compagnie : .....

.....

N° de dossier : ..... Échéance : .....

Tél. : .....

#### 5. Vos dépenses actuelles

Quels sont les frais liés à votre situation de logement actuelle ? .....

.....

.....

Devez-vous verser une pension alimentaire ? 0 oui – 0 non Montant : .....

Dans le budget que vous gérez personnellement, quelles sont vos dépenses prioritaires : .....

.....

Dettes éventuelles ? Nombre de créances : .....

(Veuillez indiquer au verso le nom des créanciers , leur coordonnées et le montant dû)

#### 6. Votre situation médico-légale

Avez-vous déjà été hospitalisé dans un service de psychiatrie ? Oui – Non

Si oui, veuillez indiquer le lieu : .....

et le nom du psychiatre qui vous a suivi : .....

Cochez la (les) case(s) correspondant à votre situation actuelle et joignez une **copie de la décision** de justice le cas échéant :

#### 0 ***Administration Provisoire des Biens***

(indiquer les coordonnées de la personne désignée à cette mission)

Nom, Prénom : .....

Adresse : ..... Tél. : .....

Date de la mesure : .....

Arrondissement judiciaire : .....

-----

0 ***Mise en observation***, en date du : .....

Mesure de Maintien, en date du : .....

Echéance : .....

Mesure de postcure, en date du : .....

-----

0 *Mesure de Défense Sociale*, en date du : .....

Décision de la Commission de .....

En date du : ..... Echéance : .....

0 *Minorité prolongée* (Indiquer les coordonnées du tuteur légal)

Nom, Prénom : .....

Adresse : .....

..... Tél. : .....

0 *Aucune mesure*

---

## V. Votre autonomie

1. Comment occupez-vous vos journées ?

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

2. Comment qualifiez-vous votre autonomie ?

Habitudes à table

- 0 est capable de préparer seul un repas tartine
- 0 est capable de préparer et cuisiner des repas simples

Hygiène

- 0 est capable de se laver entièrement sous la supervision d'une autre personne (dents, cheveux, corps).
- 0 prend en charge de façon spontanée sa propre hygiène
- 0 la personne souffre d'incontinence (nocturne ou diurne)

Habillement

- 0 est capable de s'habiller complètement sans aide d'une tierce personne
- 0 entretient sa garde-robe (changement régulier des vêtements, lessive)

Santé

- 0 accepte toujours les consignes nécessaires à sa santé (prise de médicaments, soins divers)
- 0 a le soucis de sa santé, signale les troubles ressentis

Mobilité – Déplacement

- 0 est capable de se déplacer dans le voisinage en respectant les règles de sécurité
- 0 est capable de rouler en vélo, en mobylette en respectant les règles de sécurité
- 0 utilise valablement les transports en commun
- 0 se déplace de préférence - toujours - accompagné
- 0 utilise son véhicule personnel

#### Expression verbale

- 0 raconte les faits de manière cohérente
- 0 a une compréhension valable des consignes simples
- 0 s'exprime spontanément (en public, au téléphone, ...)

#### Acquis scolaire

- *Notion des nombres*
  - 0 est capable de faire des opérations pratiques (additions, soustractions)
  - 0 est capable de manipuler de l'argent (changer, remettre, additionner sur une somme de 10 €)
  - 0 est capable de gérer seul et sans erreur un budget
- *Notion de temps*
  - 0 est capable de lire l'heure
  - 0 est capable de s'orienter correctement dans le temps
- *Notion d'écriture*
  - 0 écrit seulement son nom
  - 0 écrit couramment
  - 0 peut écrire de courtes lettres ou remplir seul les points principaux d'un formulaire

#### Activités à la maison

- 0 est capable d'effectuer de petites tâches sur demande (débarrasser une table, faire la vaisselle, dresser la table, nouer ses chaussures, ...)
- 0 exécute les tâches journalières correctement et spontanément (achats magasins, rangement de la chambre, ...)

#### Sociabilité

- 0 accepte des ordres volontairement et aimablement
- 0 adapte spontanément ses comportements selon les règles sociales (notion du bien et du mal, savoir-vivre, respect des règlements, ...)

#### Occupations

- 0 est capable de participer à des jeux collectifs

- 0 organise spontanément ses temps libres, seul ou comme membre actif d'un club ou d'un groupe

Quelles sont vos difficultés ? A quoi faut-il être vigilant ?

.....

.....

.....

.....



## VI. Renseignements médicaux

### A compléter par le médecin SVP

Référence du candidat :

Nom, Prénom .....

Date de naissance .....

#### 1. Antécédents médico-chirurgicaux :

--

#### 2.1 Vaccinations :(Dates, rappels)

Tétanos :

Hépatite A :

Hépatite B :

Grippe :

Autres :

2.2 Allergies : .....

.....

2.3 Tabagisme : oui - non

2.4 Contraception : oui – non Mode utilisé : .....

2.5 Poids : Taille :

#### 2.6 Médication quotidienne

Nom	Matin	Midi	Soir	Coucher

#### 2.7 Antécédents familiaux pouvant avoir une incidence sur le candidat

*Diabète, migraines, asthme, allergie, cancer, troubles thyroïdiens, handicap mental, troubles psychiatriques, dépression, suicide, alcoolisme, tabagisme, obésité, autre, ...*

.....

.....

3. Antécédents psychiatriques :

4. Hospitalisation antérieures : lieu et date

.....

.....

.....

.....

5. Affection actuelle : description et évolution de la problématique actuelle  
+ diagnostic (ex ; DSM IV)

Commentaires / Précautions particulières :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Merci de joindre à l'attention du Dr Crochelet soit par voie postale au 7. Route de Blaimont à 5541 Hastière par-delà, soit par mail : [leserablesihp@hotmail.com](mailto:leserablesihp@hotmail.com) le rapport psychiatrique actualisé.**

**Rempli par :**

## Démarches à effectuer avant l'entrée, (document à conserver).

- Envoyer la convention de L'ASBL signée par le résident et l'administrateur de biens
- Verser 520,00 € avant l'entrée sur le compte de l'ASBL
- Mettre en place un ordre permanent à la banque pour le loyer
- Etre en ordre d'affiliation et de cotisation mutuelle
- Signer le mandat pharmaceutique
- **Avoir en sa possession des vignettes de mutuelle**
- Souscrire une assurance RC
- Déterminer le montant de l'argent de poche
- Demander réquisitoire au CPAS soit pour l'hébergement ou pour la période d'essai (si le budget est de 1000€)
- Prévoir les médicaments pour 24heures
- Prévoir le prochain rdv chez votre psychiatre
- Demander des ordonnances en suffisance pour couvrir le mois d'essai
- Obtenir du médecin une prescription afin que l'infirmière puisse administrer les médicaments et ou injection pendant le week-end et jours fériés. Afin d'être valable, voici la formule :  
« Administration de médicaments deux fois par jour les WE et jours fériés chez un patient psychiatrique à partir de la date d'entrée et pour une durée de 1 an », et si injection  
« injection du produit X pour un patient psychiatrique X à partir de la date d'entrée pour une période d'un an ».
- Prévoir sa literie (couette, housse de couette, housse de lit, drap housse, oreiller et taies).

Afin de vous accompagner dans vos démarches, nous restons disponibles pour répondre à vos questions entre 9h00 et 17h00 en semaine.

Merci de votre confiance et à bientôt

L'équipe des Erables