



FORMULAIRE DE DEMANDE D'APPARTEMENT THERAPEUTIQUE RELAIS

Date de demande :

Travailleur social à l'origine de la demande :

Fonction :

Structure :

Coordonnées :

IDENTIFICATION DU MENAGE

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Nationalité :

- Française
- UE
- Hors UE

Situation familiale :

- Célibataire
- Marié(e)
- Pacsé(e)
- Vie commune
- Divorcé(e)
- Veuf(ve)

Enfant(s)

- Oui
- Non

Nombres et âges :

.....

- A charge

Numéro de téléphone :

Adresse actuelle / Domiciliation :

.....
.....

Situation au regard du logement :

- Sans domicile fixe, abri de fortune, squatte...
- Hébergé(e) chez un tiers
- Hébergement d'urgence
- CHRS
- Locataire
- Autre



SITUATION ADMINISTRATIVE

CNI	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Titre de séjour	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Date d'expiration
Déclaration impôts N-1 et N-2			<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> En cours	
N° unique Départemental						
Couverture sociale :						
<input type="checkbox"/> CMU						
<input type="checkbox"/> C2S						
<input type="checkbox"/> AME						

SITUATION PROFESSIONNELLE

<input type="checkbox"/> CDI
<input type="checkbox"/> CDD (date de fin
<input type="checkbox"/> Intérim
<input type="checkbox"/> Contrat aidé (date de fin.....)
<input type="checkbox"/> Chômage
<input type="checkbox"/> Sans activité professionnelle
<input type="checkbox"/> Formation professionnelle
<input type="checkbox"/> Etudiant
<input type="checkbox"/> Retraité
<input type="checkbox"/> Inscrit à Pôle emploi
<input type="checkbox"/> Inscrit à la mission locale
<input type="checkbox"/> Reconnaissance MDPH



Association de soins,
réduction des risques
et prévention des addictions.

61, rue de Château-Rouge
B.P. 245
74106 Annemasse Cedex

Tél. : 04 50 38 23 81
Fax : 04 50 95 67 72
apreto@wanadoo.fr - www.apreto74.com

SITUATION FINANCIERE

Ressources	Montant des ressources
Salaire	
RSA	
AAH	
Prestations familiales	
Prime d'activité	
ARE	
ASS	
Pension d'invalidité	
Pension / complémentaire retraite	
Pension alimentaire	
APL	
Autre :	
Total des ressources	

PARCOURS LOGEMENT / HEBERGEMENT



Association de soins,
réduction des risques
et prévention des addictions.

61, rue de Château-Rouge
B.P. 245
74106 Annemasse Cedex

Tél. : 04 50 38 23 81
Fax : 04 50 95 67 72
apreto@wanadoo.fr - www.apreto74.com

FREINS AU LOGEMENT

(Problématiques repérées : santé, emploi, contexte familial...)

PARCOURS ET PROJET DE SOINS

Si nécessaire, joindre dossier médical sous pli confidentiel adressé au médecin de l'APRETO



Association de soins,
réduction des risques
et prévention des addictions.

61, rue de Château-Rouge
B.P. 245
74106 Annemasse Cedex

Tél. : 04 50 38 23 81
Fax : 04 50 95 67 72
apreto@wanadoo.fr - www.apreto74.com

PROJET HEBERGEMENT

(autres structures demandées, accompagnement souhaité, animaux de compagnie...)

STRUCTURES DEMANDEES ET DATES DE DEMANDE

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.

PARTENAIRES MOBILISES SUR LA SITUATION

Nom	Structure	Coordonnées

Formulaire à adresser à Pauline GUILLEMAILLE, coordinatrice du pôle hébergement de l'association APRETO à l'adresse mail suivante : pauline.guillemaille@apreto.fr
Ou par courrier au 61 rue du château rouge 74100 Annemasse



Association de soins,
réduction des risques
et prévention des addictions.

61, rue de Château-Rouge
B.P. 245
74106 Annemasse Cedex

Tél. : 04 50 38 23 81
Fax : 04 50 95 67 72
apreto@wanadoo.fr - www.apreto74.com

LETTRE DE MOTIVATION DE LA PERSONNE

Fait à

Le

Signature de la personne :

Signature du référent social :