



**IHP L'Espoir ASBL**  
Rue de Gembloux, 179  
5002 Saint Servais  
Tél. 081.58.81.43  
Fax 081.63.56.63  
ihp.espoir@skynet.be

## Dossier de candidature

Valable pour un accompagnement et hébergement IHP  
L'Espoir **et** une participation aux activités du Club  
psychosocial La Charabirole

Madame, Monsieur,

Nous attirons votre attention sur l'importance du questionnaire ci-joint qui doit **obligatoirement être accompagné d'un rapport médical.**

L'objectif de ce document est de mieux définir vos besoins, vos projets et vous aider à réaliser ceux-ci.

Nous vous remercions de compléter ce dossier avec franchise et précision.

Nous restons à votre disposition pour toute aide éventuelle.

Dans l'attente de vos nouvelles, nous vous prions de croire, Madame, Monsieur, en l'assurance de nos sentiments les meilleurs.

*Pour l'Espoir,*

**Eric FAVEAUX**  
Coordinateur IHP



## 1.2 Statut juridique de la personne candidate

 **Veillez joindre une copie de l'ordonnance de jugement**

Aucune mesure

Mesure de mise sous protection **de la personne**

▪ Ordonnée par le juge : .....

▪ De : .....

▪ En date du : .....

▪ Date de fin : .....

Mesure de mise sous protection **des biens**

▪ Ordonnée par le juge : .....

▪ De : .....

▪ En date du : .....

▪ Date de fin : .....

**Administrateur provisoire** : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Mise sous **minorité prolongée**

▪ Ordonnée par le juge : .....

▪ De : .....

▪ En date du : .....

**Défense sociale**

▪ Ordonnée par le juge : .....

▪ De : .....

▪ En date du : .....

**Assistante de justice** : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

## 2. Situation sociale et financière

**i** Attention, joindre une copie de la notification de décision  
ou du récépissé de demande éventuelle.

Cochez les avantages sociaux dont la personne candidate bénéficie :

**Mutuelle** Montant : .....

**Chômage** Montant : .....

Référence de l'organisme de paiement : .....

**Pension de retraite ou de survie** Montant : .....

De quel type ? : .....

De quelle caisse ? : .....

N° de dossier ? : .....

Référence de la caisse de pension : .....

**Demande en cours** : date d'introduction : ..../..../....

**SPF Allocation handicap (Bruxelles)** Montant : .....

De quel type ? : .....

N° de dossier ? : .....

**Demande en cours** : date d'introduction : ..../..../....

**CPAS** Montant : .....

Adresse du CPAS compétent : .....

Assistante sociale en charge du dossier : .....

N° de téléphone : .....

**Demande en cours** : date d'introduction : ..../..../....

.....

**Autre(s) allocations/revenus (ex : Rentes, allocations familiales, revenus locatifs ...)**

Dénomination(s) et adresse(s) de l' (des) organismes	Type(s) et montant(s)

**AWIPH**

N° d'inscription : .....

Bureau provincial de : .....

**i** **Attention, joindre la copie de la notification de décision relative au processus de reclassement professionnel préconisé par l'administration de l'AWIPH.**

.....

### 3. Récapitulatif des charges

A définir exhaustivement et de manière la plus précise (dettes, pension alimentaire, loyer(s), coût mensuel approximation de la médication, etc.)

<b>Dettes</b>	
<b>Pension alimentaire</b>	
<b>Loyer(s)</b>	
<b>Coût de la médication</b>	
<b>Autre(s)</b>	

### 4. Relations familiales et sociales (à remplir par la personne candidate)

	<b>Nom Prénoms</b>	<b>Date de naissance (ou âge approximatif)</b>	<b>Adresse et téléphone</b>
<b>Conjoint(s)</b>			
<b>Enfants</b>			
<b>Parent(s)</b>			

<b>Autres familles</b> (fratrie, ...)			
<b>Autres relations</b> (amis, club de loisirs, etc.)			

Remarques éventuelles concernant les relations de la personne candidate (projets du conjoint ou couple ; relations avec enfant(s), membre(s) de la famille ; etc.) :

Relations, rencontres à éviter :

## 5. Passé scolaire, professionnel et/ou occupationnel

### 5.1 Aptitudes générales

Niveau de scolarité terminé :

- Aucun
- Primaire
- Secondaire inférieur (général/technique/professionnel) **(entourez le type d'enseignement suivi)**
- Secondaire supérieur (général/technique/professionnel) **(entourez le type d'enseignement suivi)**
- Enseignement supérieur
- Enseignement universitaire

### 5.2 Emploi actuel et/ou passé professionnel

Employeur(s)	Type d'emploi	Durée et type de contrat	Remarques

## 6. Auto-évaluation

Domaines	Mauvais	Moyen	Bon	Objectifs
<b>1. Hygiène corporelle</b>				
<b>2. Entretien d'un logement et milieu de vie</b>				
<b>3. Comportement en petit groupe</b>				
<b>4. Capacités à résoudre un problème</b>				
<b>5. Attitude(s) face aux règles sociales et de vie en communauté</b>				
<b>6. Comportement face à l'alcool et à la drogue</b>				
<b>7. Mobilité et déplacement</b>				
<b>8. Gestion des temps libres</b>				
<b>9. Comportement face aux médicaments</b>				

<b>10. Capacité à gérer un budget</b>				
<b>11. Autre</b>				

**7. INFORMATIONS MÉDICALES**

 **Joindre un rapport médical du psychiatre traitant**

**7.1 Traitements actuels**

Nom du médicament	Matin	Midi	Après-midi/Soir	Coucher
<b>Psychotrope(s)</b>				
<b>Somatique(s)</b>				

Date de la dernière injection :      .. / .. / .....

**7.2 Comment décrivez-vous votre (vos) problème(s) actuel(s) ?**

.....

**7.3 Avez-vous des informations que vous estimez importantes de nous transmettre ?**

**Rappel**

Ne pas oublier de nous faire parvenir  
un **rapport médical** du psychiatre traitant

Fait à : .....

Date : .....

Signature : .....

.....