

## Dossier de candidature

pour accompagnement et hébergement au sein de l'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 psychiatrique.

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,

La demande concerne un suivi en :

Maison communautaire     Studio supervisé     Suivi à domicile    (Plusieurs choix possibles)

1. Présentation de la personne candidate		<b>! Joindre une copie de la <u>carte d'identité</u></b>															
Civilité	<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur																
Nom																	
Prénom																	
Date de naissance																	
NISS	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td>.</td><td></td><td></td><td>.</td><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td></td><td>.</td><td></td><td></td></tr></table>				.			.			-				.		
			.			.			-				.				
Nationalité																	
Adresse	Rue		N°														
	CP		Ville														
Téléphone																	
Courriel																	
Mutuelle	Coller une vignette de mutuelle																

<b>Médecin généraliste</b>	Nom		
Adresse	Rue	N°	CP/Ville
Téléphone	Courriel		

<b>Psychiatre traitant</b>	Nom		
Hôpital/structure			
Adresse	Rue	N°	CP/Ville
Téléphone	Courriel		

Si la personne candidate provient d'une structure

Nom de la structure		Service	
Adresse	Rue	N°	CP/ville
Personne de contact			
Téléphone		Courriel	

**! Ne pas oublier d'indiquer un numéro de téléphone où il est possible de joindre la personne candidate si celle-ci est hors de la structure !**

## 2. Statut juridique de la personne candidate

Aucune mesure

Mise en observation/maintien/postcure **JOINDRE UNE COPIE DE L'ORDONNANCE DE JUGEMENT \***

Nom du psychiatre responsable		Date de fin	
Adresse	Rue	N°	CP/Ville
Téléphone		Courriel	
Est-il prévenu de vos démarches en IHP ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			

Mise sous protection de biens **JOINDRE UNE COPIE DE L'ORDONNANCE DE JUGEMENT \***

Nom de l'administrateur des biens			
Adresse	Rue	N°	CP/Ville
Téléphone		Courriel	
Est-il prévenu de vos démarches en IHP ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			

Mise sous protection de la personne **JOINDRE UNE COPIE DE L'ORDONNANCE DE JUGEMENT \***

Nom de l'administrateur de la personne			
Adresse	Rue	N°	CP/Ville
Téléphone		Courriel	
Est-il prévenu de vos démarches en IHP ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			

Défense sociale **JOINDRE UNE COPIE DE L'ORDONNANCE DE JUGEMENT \***

Nom de l'assistant(e) de justice			
Adresse	Rue	N°	CP/Ville
Téléphone		Courriel	
Est-il prévenu(e) de vos démarches en IHP ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			

Nous attirons votre attention sur le fait qu'un dossier de candidature incomplet ou dont les copies d'ordonnance de jugement nécessaires ne sont pas jointes ne sera pas traité.

### 3. Situation sociale et financière

#### 3.1. Sources de revenus Cochez les avantages sociaux dont la personne candidate bénéficie

<input type="checkbox"/> Mutuelle	Montant
-----------------------------------	---------

<input type="checkbox"/> Chômage	Montant	Organisme de paiement
----------------------------------	---------	-----------------------

<input type="checkbox"/> Pension	Montant	<input type="checkbox"/> Retraite <input type="checkbox"/> Survie
	Numéro de dossier	
	Référence de la caisse de pension	
	Si la demande en cours, date d'introduction : ..../..../....	

<input type="checkbox"/> Allocation de handicap	Montant	<input type="checkbox"/> ARR <input type="checkbox"/> AI <input type="checkbox"/> APA
	Numéro de dossier	
	Si la demande en cours, date d'introduction : ..../..../....	

<input type="checkbox"/> CPAS	Montant	
	CPAS compétant	
	Rue	N° CP/Ville
	Assistant(e) sociale	
	Téléphone	Courriel

<input type="checkbox"/> Autres	Rentes, allocations familiale, revenus locatifs ...	
	A détailler	Montant

<input type="checkbox"/> AWIPH	N° d'inscription
	Bureau provincial de

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

### 3.2. Récapitulatif des charges

A définir exhaustivement et de manière la plus précise

(Dettes, pension alimentaire, loyer(s), coût mensuel approximatif de la médication, ...)

<b>Dettes</b>	
<b>Pension alimentaire</b>	
<b>Loyer(s)</b>	
<b>Frais pharmaceutiques</b>	
<b>Autre(s)</b>	

### 3.3. Milieu de vie actuel

<input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/> Avec ses parents <input type="checkbox"/> Avec partenaire <input type="checkbox"/> Avec autres membres de la famille <input type="checkbox"/> Famille d'accueil <input type="checkbox"/> Chez des amis  Habitation collective <input type="checkbox"/> Résidence pour personnes âgées <input type="checkbox"/> Institution de soins aux handicapés <input type="checkbox"/> Centre d'accueil pour les sans-abri <input type="checkbox"/> Vie communautaire	<b>Milieu thérapeutique</b> <input type="checkbox"/> Hôpital psychiatrique <input type="checkbox"/> Service psychiatrique en hôpital général <input type="checkbox"/> Maison de Soins Psychiatriques <input type="checkbox"/> Initiative d'Habitations Protégées <input type="checkbox"/> Accueil psychiatrique alternatif <input type="checkbox"/> Hôpital général <input type="checkbox"/> Etablissement de Défense Sociale <input type="checkbox"/> Autre milieu thérapeutique  <b>Autres</b> <input type="checkbox"/> Institution relevant de la Justice <input type="checkbox"/> Autre milieu non spécifié <input type="checkbox"/> Sans domicile fixe
--	--

### 3.4 Relations familiales et sociales

	Nom et prénom	Age	Adresse	Téléphone
<b>Conjoint</b>				
<b>Enfants</b>				
<b>Parents</b>				
<b>Autre famille</b>				
<b>Autres relations</b> (amis, club de loisirs ...)				

#### Remarques éventuelles concernant les relations de la personne candidate

(Projets du conjoint ou du couple ; relations avec le(s) enfant(s), membre(s) de la famille ...)

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

#### Dernier enseignement réussi

##### Type

- Aucun  
 Normal  
 Spécial

##### Niveau

- Aucun  
 Primaire  
 Secondaire inférieur  
 Secondaire supérieur  
 Supérieur non universitaire  
 Universitaire

- Général  
 Technique  
 Professionnel

### 3.6. Emploi actuel et/ou passé professionnel

Employeur	Type d'emploi	Contrat et durée	Remarque

### 4. Auto-évaluation

Domaines	Mauvais	Moyen	Bon	Objectifs
Hygiène corporelle				
Entretien d'un logement et milieu de vie				
Comportement en petit groupe				
Capacités à résoudre un problème				
Attitude face aux règles sociales et de vie en communauté				
Comportement face à l'alcool et à la drogue				
Mobilité et déplacement				
Gestion des temps libres				
Comportement face aux médicaments				
Capacité à gérer un budget				
Autre :				

## 5. Informations médicales

### 5.1. Traitements actuels (à compléter ou joindre une feuille de traitement)

Nom du médicaments	Matin	Midi	soir	Coucher	Si injection, date de la dernière
<b>Psychotrope(s)</b>					
<b>Somatique(s)</b>					

### 5.2. Antécédents médicaux

Aucun

Allergie : \_\_\_\_\_

Diabète

Type \_\_\_\_\_

Utilisez-vous l'insuline ? \_\_\_\_\_

Cardiovasculaire

Infarctus, AVC, hyper/hypo tension, cholestérol, stimulateur cardiaque, insuffisance cardiaque.

Respiratoire

Asthme, bronchite, toux chronique, emphysème, essoufflement, SIPAP

Infection chronique

Hépatite, tuberculose, HIV

Neurologique

Sclérose en plaque, ostéoarthrite, épilepsie, Fibromyalgie

Autre : \_\_\_\_\_

### 5.3. Comment décrivez-vous votre (vos) problème(s) actuel(s) ?

### 5.4. Avez-vous des informations que vous estimez importantes de nous transmettre ?

#### Rappel

Votre dossier ne sera pris en charge que dûment complété et accompagné de tous les documents nécessaires

- Une copie recto/verso de votre **carte d'identité**
- Un **rapport médical psychiatrique** récent
- Le cas échéant, les copies d'**ordonnances de jugement**

Fait le \_\_\_\_\_

Signature de la personne candidate