

**DOSSIER DE CANDIDATURE  
RESIDENCE ACCUEIL  
DE FOLLAINVILLE-DENNEMONT**

Nom : \_\_\_\_\_

Date de la demande : \_\_\_\_\_



La résidence accueil est composée de 30 logements.  
Elle est destinée à accueillir des personnes handicapées par des troubles psychiques, suffisamment autonomes pour vivre en logement privatif et stabilisées pour respecter et bénéficier de règles de vie semi-collectives.

Deux professionnels assurent une présence sociale dans la journée, du lundi au vendredi.

**Les informations que vous transmettez dans ce dossier permettront d'évaluer votre situation et d'apprécier si votre hébergement dans cette résidence accueil serait adapté à vos besoins et à vos attentes.**

**Les critères d'admission :**

- ❖ Etre ressortissant du département des Yvelines
- ❖ Avoir un suivi psychiatrique régulier
- ❖ Relever du logement social
- ❖ Avoir une activité extérieure régulière en journée
- ❖ Adhérer au projet social de vie en semi-collectivité
- ❖ Accepter, en cas de besoin, d'être accompagné par un SAVS (Service d'Accompagnement à la vie Sociale) ou un SAMSAH (Service Médico Social pour Adultes Handicapés)

## Je me présente :

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

### Actuellement j'habite :

Dans mon logement

Dans ma famille

Autre

Précisez : \_\_\_\_\_

### Je suis :

Célibataire

Divorcé(e)

Veuf (ve)

Autre, précisez : \_\_\_\_\_

### J'ai des contacts réguliers avec ma famille :

Mes parent(s)

Mes sœur(s) - /frère(s)

Mes enfant(s)

Autres personnes

Commentaires: \_\_\_\_\_

### J'ai des ami(e)s :

Oui

Non

Commentaires: \_\_\_\_\_

### Je travaille :

Non

Oui

Précisez :

Temps partiel

Temps plein

En ESAT (nom et lieu) : \_\_\_\_\_

Milieu ordinaire (nom et lieu de l'entreprise) : \_\_\_\_\_

### Je participe régulièrement à des activités :

GEM, lequel : \_\_\_\_\_

CATTP, lequel : \_\_\_\_\_

Hôpital de jour, lequel : \_\_\_\_\_

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

## Je bénéficie de soutiens :

(Merci de préciser les coordonnées)

### J'ai une mesure de protection juridique :

Oui

Non

Tutelle

Curatelle renforcée

Curatelle simple

Exercée par : \_\_\_\_\_

### Le suivi de ma santé psychique :

→ Je rencontre régulièrement un médecin psychiatre : Docteur \_\_\_\_\_

Au CMP

En libéral

→ Je rencontre un psychologue \_\_\_\_\_

Au CMP

En libéral

Je prends un traitement :

Oui

Non

Je nomme les médicaments que je prends :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Le suivi de ma santé physique :

→ J'ai un médecin traitant : \_\_\_\_\_ → Pour

les éventuelles dépendances (alcool, tabac, produit illicite...), je suis suivi par :

Un CSAPA \_\_\_\_\_

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

### Je bénéficie d'un suivi social ou médico-social :

Oui

Non

Travailleur social (précisez le nom du service) : \_\_\_\_\_

SAVS (réfèrent de mon accompagnement) : \_\_\_\_\_

SAMSAH (réfèrent(s) de l'accompagnement) : \_\_\_\_\_

CCAS : \_\_\_\_\_

Autres suivis (SPIP...) : \_\_\_\_\_

## J'explique mon souhait d'intégrer la résidence accueil

(Motivations, attentes, besoins...) :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## J'explique ce dont je suis capable

- |                                                                              |                              |                              |                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|-----------------------------------------------------|
| → Faire le ménage de mon logement                                            | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | avec aide <input type="checkbox"/> préciser : _____ |
| → M'occuper de mon linge                                                     | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | avec aide <input type="checkbox"/> préciser : _____ |
| → Préparer mes repas                                                         | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | avec aide <input type="checkbox"/> préciser : _____ |
| → Faire ma toilette                                                          | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | avec aide <input type="checkbox"/> préciser : _____ |
| → Faire mes courses                                                          | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | avec aide <input type="checkbox"/> préciser : _____ |
| → Prendre les transports en commun                                           | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | avec aide <input type="checkbox"/> préciser : _____ |
| → Faire des démarches administratives                                        | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | avec aide <input type="checkbox"/> préciser : _____ |
| → Gérer mon budget                                                           | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | avec aide <input type="checkbox"/> préciser : _____ |
| → Prendre mes médicaments                                                    | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | avec aide <input type="checkbox"/> préciser : _____ |
| → Prendre des rendez-vous                                                    | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | avec aide <input type="checkbox"/> préciser : _____ |
| → Occuper mon temps libre                                                    | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | avec aide <input type="checkbox"/> préciser : _____ |
| → Demander de l'aide                                                         | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | avec aide <input type="checkbox"/> préciser : _____ |
| → Avoir comme voisins des personnes<br>ayant aussi des difficultés psychique | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | avec aide <input type="checkbox"/> préciser : _____ |

## Je connais mon budget

J'ai des ressources :

Oui

Non

- |                                                                   |                 |
|-------------------------------------------------------------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> AAH                                      | Montant : _____ |
| <input type="checkbox"/> RSA                                      | Montant : _____ |
| <input type="checkbox"/> Rémunération ESAT                        | Montant : _____ |
| <input type="checkbox"/> Salaire                                  | Montant : _____ |
| <input type="checkbox"/> Pension invalidité                       | Montant : _____ |
| <input type="checkbox"/> Autres (ASF, indemnités, Pôle Emploi...) | Montant : _____ |
| Lesquelles : _____                                                | Montant : _____ |

Quel est le montant mensuel de mes ressources :

Montant total : \_\_\_\_\_

Je bénéficie d'autres aides financières ou techniques (PCH, ACTP, majoration vie autonome, complément de ressources, allocation supplémentaire...) :

---

---

---

## Je joins les documents justificatifs

### De mon identité :

Copie carte d'identité (et/ou carte de séjour valide) De

### mes ressources :

AAH  Salaire/rémunération (3 derniers bulletins)  
 Pension invalidité  Autre

### De mes droits ouverts :

La protection juridique (copie jugement tutelle ou curatelle)  
 Notification(s) MDPH (AAH, PCH, RQTH, SAVS, SAMSAH, etc.)

## La personne et/ou le service qui m'a aidé à renseigner mon dossier (le cas échéant):

—  
Nom et prénom : \_\_\_\_\_  
Coordonnées : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Demande de logement dans le cadre du SIAO :    oui     Non   
Autres : \_\_\_\_\_

## Demande d'accord

→ Je suis d'accord pour qu'un travailleur social de la commission d'admission puisse, le cas échéant, prendre contact avec mon référent social ou médico-social

Oui     Non

→ Je suis d'accord pour que le médecin de la commission d'admission puisse, le cas échéant, prendre contact avec mon médecin psychiatre

Oui     Non

**LE DOSSIER COMPLET EST A RENVOYER A LA RESIDENCE ACCUEIL :**

- par courrier : 7 rue des Berbiettes, 78520 FOLLAINVILLE-DENNEMONT

- par mail : [residenceaccueil.fd@hvs78.org](mailto:residenceaccueil.fd@hvs78.org)

Pour tout renseignement complémentaire : 01 84 28 00 86 de 9h30 à 17h30

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature du candidat (et de son représentant légal, le cas échéant) :