

**Accueil et soins résidentiels**

« LA ROBERTSAU »

Appartements Thérapeutiques Relais

1, Chemin de l'Anguille

67000 STRASBOURG

☎ 03 88 31 33 45

Fax : 03 88 31 44 48

# DOSSIER D'ADMISSION

## FICHE ADMINISTRATIVE

<b>VOUS</b>	<b>VOTRE CONJOINT</b>
<b>NOM :</b> ..... <b>Prénom :</b> ..... <b>Date de naissance :</b> ..... <b>Lieu de naissance :</b> ..... <b>Adresse actuelle :</b> ..... ..... ..... <b>Téléphone fixe :</b> ..... <b>Téléphone mobile :</b> ..... <b>Nationalité :</b> ..... <b>Situation de famille :</b> ..... <b>Personne à contacter en cas d'urgence :(avec n° de téléphone):</b> ..... ..... .....	<b>NOM :</b> ..... <b>Prénom :</b> ..... <b>Date de naissance :</b> ..... <b>Lieu de naissance :</b> ..... <b>Adresse actuelle :</b> ..... ..... ..... <b>Téléphone fixe :</b> ..... <b>Téléphone mobile :</b> ..... <b>Nationalité :</b> ..... <b>Situation de famille :</b> ..... <b>Personne à contacter en cas d'urgence :(avec n° de téléphone):</b> ..... ..... .....

**LES ENFANTS PRESENTS AVEC VOUS EN APPARTEMENT**

<b>Nom :</b> <b>Prénom :</b>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">.....</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">.....</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">.....</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">.....</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">.....</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">.....</div>
<b>Date de naissance :</b> <b>Lieu de naissance :</b>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">.....</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">.....</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">.....</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">.....</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">.....</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">.....</div>
<b>Accueil en Appartement Thérapeutique Relais avec vous :</b>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

**Bénéficiez-vous d'une aide éducative ?**

<b>Organisme intervenant</b>			
<b>Coordonnées du travailleur social référent</b>			

**SITUATION PROFESSIONNELLE**

	<b>VOUS</b>	<b>VOTRE CONJOINT</b>
<b>Niveau de fin d'études :</b> <b>Diplôme professionnel :</b>	..... ..... .....	..... ..... .....
<i><b>Si vous avez actuellement une activité professionnelle :</b></i>		
<b>- emploi actuel :</b>  <b>- nom adresse employeur :</b>	..... ..... ..... .....	..... ..... ..... .....
<i><b>Si vous n'avez actuellement pas d'activité professionnelle :</b></i>		
<b>Quelle est votre situation :</b>	<input type="checkbox"/> Demandeur emploi <input type="checkbox"/> Inactif <input type="checkbox"/> Etudiant <input type="checkbox"/> Invalide	<input type="checkbox"/> Demandeur emploi <input type="checkbox"/> Inactif <input type="checkbox"/> Etudiant <input type="checkbox"/> Invalide

**SITUATION SOCIALE**

<b>VOUS</b>	<b>VOTRE CONJOINT</b>
<b>Assuré Social : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></b> <b>Numéro de sécurité sociale :</b> ..... <b>Adresse du centre payeur :</b> ..... .....	<b>Assuré Social : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></b> <b>Numéro de sécurité sociale :</b> ..... <b>Adresse du centre payeur :</b> ..... .....
<i>(Joindre une photocopie de l'attestation actualisée d'ouverture des droits de l'organisme d'affiliation)</i>	
<b>Mutuelle : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></b> <b>Intitulé : .....</b> <b>Adresse : .....</b> .....	<b>Mutuelle : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></b> <b>Intitulé : .....</b> <b>Adresse : .....</b> .....
<b>Couverture Maladie Universelle :</b> <b>CMU oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></b>	<b>Couverture Maladie Universelle :</b> <b>CMU oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></b>
<i>(Joindre une photocopie de l'attestation d'affiliation)</i>	
<b>Affection longue durée : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></b>	

<b>Vos enfants sont-ils vos ayants droits : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></b>
<b>Si non :</b> <b>Assuré auquel ils sont rattachés :</b> <b>NOM : .....</b> <b>Prénom : .....</b> <b>Numéro Sécurité Sociale : .....</b> <b>Adresse du centre payeur : .....</b> ..... <i>(Joindre une photocopie de l'attestation actualisée d'ouverture des droits de l'organisme d'affiliation)</i>
<b>Mutuelle : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></b> <b>Intitulé : .....</b> <b>Adresse : .....</b> .....
<b>Couverture Maladie Universelle : CMU oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></b> <i>(Joindre une photocopie de l'attestation d'affiliation)</i>

## RESSOURCES

<u>VOUS</u>	<u>VOTRE CONJOINT</u>
<p><input type="checkbox"/> Salaires</p> <p><input type="checkbox"/> Indemnités journalières (maladie)</p> <p><input type="checkbox"/> Allocations chômage (Assedic)</p> <p><input type="checkbox"/> RSA</p> <p><input type="checkbox"/> Sans ressources</p> <p><input type="checkbox"/> Allocation Adulte Handicapé .....</p> <p><input type="checkbox"/> Autres .....</p> <p><input type="checkbox"/> Prestations familiales pour vos enfants : .....</p>	<p><input type="checkbox"/> Salaires</p> <p><input type="checkbox"/> Indemnités journalières (maladie)</p> <p><input type="checkbox"/> Allocations chômage (Assedic)</p> <p><input type="checkbox"/> RSA</p> <p><input type="checkbox"/> Sans ressources</p> <p><input type="checkbox"/> Allocation Adulte Handicapé .....</p> <p><input type="checkbox"/> Autres .....</p> <p><input type="checkbox"/> Prestations familiales pour vos enfants : .....</p>

## LOGEMENT

<u>VOUS</u>	<u>VOTRE CONJOINT</u>
<p><input type="checkbox"/> Logement Indépendant</p> <p><input type="checkbox"/> Durable    ou    <input type="checkbox"/> Précaire</p> <p>Hébergé : <input type="checkbox"/> En famille    ou    <input type="checkbox"/> Chez des amis</p> <p><input type="checkbox"/> En structure d'hébergement (préciser).....</p> <p><input type="checkbox"/> Sans domicile fixe</p>	<p><input type="checkbox"/> Logement Indépendant</p> <p><input type="checkbox"/> Durable    ou    <input type="checkbox"/> Précaire</p> <p>Hébergé : <input type="checkbox"/> En famille    ou    <input type="checkbox"/> Chez des amis</p> <p><input type="checkbox"/> En structure d'hébergement (préciser).....</p> <p><input type="checkbox"/> Sans domicile fixe</p>

**SITUATION JUDICIAIRE**

<b>VOUS</b>	<b>VOTRE CONJOINT</b>
<b>Mesure de protection :</b> Tutelle <input type="checkbox"/> ou Curatelle <input type="checkbox"/>	
<i>Préciser si vous avez des affaires devant être jugées durant les prochains mois pouvant perturber le déroulement de votre séjour</i> ..... ..... ..... .....	<i>Préciser si vous avez des affaires devant être jugées durant les prochains mois pouvant perturber le déroulement de votre séjour</i> ..... ..... ..... .....
<b>Incarcérations antérieures le cas échéant :</b> Nombre .....Durées en mois.....	<b>Incarcérations antérieures le cas échéant :</b> Nombre .....Durées en mois.....
<i>Préciser le cas échéant, les coordonnées du service social qui soutient la demande (CSST. Hôpital ou autre)</i> <i>Ce référent social pourra éventuellement être contacté par nos services</i>	<i>Préciser le cas échéant, les coordonnées du service social qui soutient la demande (CSST. Hôpital ou autre)</i> <i>Ce référent social pourra éventuellement être contacté par nos services</i>
<b>Intitulé du service social :</b> .....	<b>Intitulé du service social :</b> .....
<b>Nom du travailleur social :</b> .....	<b>Nom du travailleur social :</b> .....
<b>Adresse.....</b> ..... .....	<b>Adresse.....</b> ..... .....
<b>Téléphone :</b> .....	<b>Téléphone :</b> .....

Date.....le.....

**Signature**