

*Bénéficiaire (s) :*

NOM – Prénom :

Adresse :

**DEMANDE D’ACCOMPAGNEMENT**

**BUDGÉTAIRE ET SOCIAL**

 Date de la demande :

 ***Réalisée par*** :

 NOM – Prénom :

 Organisme :

 Adresse :

 Coordonnées téléphoniques :

 Adresse électronique :

Merci de bien vouloir compléter le formulaire au format numérique à l’exception de la partie « Demande énoncée par la personne ou la famille ».

*A retourner à l’adresse suivante :*

 ***DGAS – Direction de l’Action Sociale – 39 rue de Beaulieu – 86034 POITIERS cedex***

**I –** **IDENTIFICATION DES PERSONNES VIVANT AU FOYER**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Nom***et nom de jeune fille le cas échéant* | **Prénom** | **Date et lieu de naissance** | **Profession ou classe** | Nom des adultes ayant l’autorité parentale (\*) |
| Demandeur 🞏 Mme 🞏 Mr |  |  |  |  |  |
| Co-demandeur 🞏 Mme 🞏 Mr |  |  |  |  |  |
| Enfants(Préciser le sexe) 🞎 M/ 🞎 F 🞎 M/ 🞎 F  🞎 M/ 🞎 F  🞎 M/ 🞎 F 🞎 M/ 🞎 F 🞎 M/ 🞎 F  |  |  |  |  |  |
| Enfants accueillis ponctuellement /Autres personnes |  |  |  |  |  |

(\*) Lorsqu’un des titulaires de l’autorité parentale d’un ou plusieurs enfants n’est pas présent au foyer, indiquer son nom.

|  |  |
| --- | --- |
| Adresse :  | Téléphone : |
| Adresse mail :N° CAF ou MSA :Pour les MASP2 : **N° Fiscal** (indiqué sur les déclarations d’impôts,les avis d’impôts, de taxe d’habitation ou de taxe foncière) : | 🞏 Mme :🞏 Mr : |

**II – ACCOMPAGNEMENT EN COURS OU ANTERIEUR**

* **Accompagnement social du service social départemental :** 🞏 Oui 🞏 Non

 🞏 Suivi ponctuel

 🞏 Accompagnement

* **Nom référent RSA :**
* **Accompagnement Social lié au Logement :** date de fin (mois/année)

* **Mesures administratives budgétaires antérieures :**

🞏 MAESF - date de fin (mois/année) :

🞏 MASP - date de fin (mois/année) :

🞏 AEB - date de fin (mois/année) :

* **Mesures judiciaires antérieures :**

🞏 Tutelle - date de fin (mois/année) :

🞏 Curatelle - date de fin (mois/année) :

🞏 Sauvegarde de justice - date de fin (mois/année) :

🞏 MAJ - date de fin (mois/année) :

🞏 MJAGBF - date de fin (mois/année) :

* **Autres mesures en cours ou antérieures que vous jugez utiles de mentionner :**
* **Dossier de surendettement :** 🞏 Oui 🞏 Non

 si oui : date du dépôt :

 étape de la procédure :

**III –RESSOURCES**

*(Identifiées au moment de la demande)*



**IV – CHARGES FIXES**



**V –** **MESURE D’ACCOMPAGNEMENT PROPOSEE**

 🞏 MASP accompagnement durée (de 6 à 24 mois) :

 *Document à joindre à la demande* : 🞎 Copie d’une pièce d’identité

 🞏 MASP accompagnement et gestion durée (de 6 à 24 mois) :

 *Documents à joindre à la demande :* 🞏 RIB

 🞏 Copie d’une pièce d’identité en cours de validité

 🞏 Justificatif de domicile de moins de 3 mois

 🞏 AEB (mesure réservée aux TS du CD) durée :

 *Document à joindre à la demande* : 🞎 Copie d’une pièce d’identité

 🞏 MAESF durée :

*Document à joindre à la demande* : 🞎 Cartographie famille (à demander auprès du secrétariat ASE territoire si besoin)

**VI –** **MOTIFS PRINCIPAUX DE MISE EN ŒUVRE**

 🞏 Difficultés liées au logement

 🞏 Difficultés liées à la santé

 🞏 Autres :

 🞏 Difficultés dans les démarches

 🞏 Surendettement

 🞏 Autre :……………………….

**VII –DEMANDE ENONCEE PAR LA PERSONNE OU LA FAMILLE (rédaction par la personne ou la famille de ses difficultés et de sa demande)**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Signatures : Demandeur Co-demandeur

*(personnes vivant au foyer)*

*"Les informations vous concernant sont traitées par le Département de la Vienne, responsable de traitement, pour la gestion des mesures d'accompagnement budgétaire. Ce traitement est nécessaire à l'exécution de sa mission d'intérêt public. Pour exercer vos droits, vous pouvez contacter le Délégué à la protection des données, par courrier (Département de la Vienne, Place Aristide Briand, CS 80319, 86008 Poitiers Cedex) ou via le formulaire "Contactez le DPO" sur le site internet lavienne86.fr. La notice d’information complète relative à ce traitement est à votre disposition auprès de la Direction de l’Action sociale :* *dgas-action-sociale@departement86.fr* *)"*

**VIII – RAPPORT D’EVALUATION**

**Historique au regard de la demande d’accompagnement budgétaire et social : récurrence des difficultés ou accident de la vie, accompagnement(s) antérieur(s),…**

**Les conditions de vie : logement, environnement, santé, famille, emploi,…**

**Les capacités et potentialités (préciser concernant le numérique)**

**Les difficultés et freins (préciser concernant le numérique)**

**Les axes (objectifs) de travail**

**L’adhésion**

**Signature** : le travailleur social