

DOSSIER DE CANDIDATURE POUR UN HEBERGEMENT (cocher la case concernée)

- **Sur Colmar :** ☐ **ATR** ☐ **TIPI**
- **Sur Mulhouse :** ☐ **ATR** ☐ **PARIS**

Merci de remplir le questionnaire ci-joint afin de compléter votre candidature pour un hébergement.

Nous vous demandons de bien vouloir y joindre les pièces suivantes :

- Sur papier libre (vos motivations et attentes quant à une prise en charge en hébergement ainsi que les projets de vie dans lesquels vous souhaiteriez être accompagné).
- Une évaluation de votre équipe éducative référente
- Une évaluation médicale et/ou psychologique

Votre présence à la C.A.S.S. (Commission d'Admission de Suivi et de Sortie) est plus que souhaitable. Si vous ne pouvez pas vous déplacer un entretien téléphonique est obligatoire.

N'hésitez pas à contacter ARGILE si vous souhaitez des renseignements complémentaires.

Merci de rappeler régulièrement (une fois par mois) afin de maintenir votre candidature.

ASSOCIATION ARGILE

15 rue de Peyerimhoff - 68000 COLMAR – 03 89 24 94 71

Demande sur Colmar : PH-Colmar@argile.fr – 06 80 22 15 14

Demande sur Mulhouse : PH-Mulhouse@argile.fr – 06 74 13 55 34

DOSSIER DE CANDIDATURE POUR UN HEBERGEMENT (cocher la case concernée)

- **Sur Colmar :** ☐ **ATR** ☐ **TIPI**
- **Sur Mulhouse :** ☐ **ATR** ☐ **PARIS**

Votre NOM :

Votre Prénom :

DOSSIER DE CANDIDATURE POUR UN HEBERGEMENT (cocher la case concernée)

- Sur Colmar : ☐ ATR ☐ TIPI
- Sur Mulhouse : ☐ ATR ☐ PARIS

Complété par : ☐ le concerné ☐ le référent :

NOM :

Prénom :

Date et lieu de Naissance :

Adresse :

.....

Téléphone fixe / Portable :

Renseignements complémentaires

Assuré social ☐ oui ☐ non
CMUC ☐ oui ☐ non

Situation familiale :

Logement actuel :

Situation professionnelle :
(Diplômes, formation, dernier emploi)

Ressources mensuelles :

Animal de compagnie ☐ oui ☐ non

Renseignements relatifs aux addictions (Début des consommations, produits consommés, consommations actuelles)

.....

.....

.....

.....

.....

Prises en charges (Associations, médecins, sevrages, post cures, etc...)

Passées :

.....

.....

.....

.....

Actuelles (coordonnées + référents) :

.....

.....

.....

.....

Traitements de substitution en cours

.....

.....

.....

.....

.....

.....

EVALUATION MEDICALE POUR UN HEBERGEMENT (cocher la case concernée)

Sur Colmar : ☐ ATR ☐ TIPI

/

Sur Mulhouse : ☐ ATR ☐ PARIS

Complété par : ☐ le concerné ☐ le médecin

Docteur :

Structure :

Adresse :

Téléphone :

NOM du patient :

Prénom du patient :

Date de Naissance :

Sérologies

VIH ☐ positif ☐ négative Date du dernier test :

VHC ☐ positif ☐ négative Date du dernier test :

VHB ☐ positif ☐ négative Date du dernier test :

Vaccination VHB ☐ oui ☐ non

Traitements en cours

☐ Méthadone sirop ☐ Méthadone gélule ☐ Subutex ☐ Suboxone

Dosage : Fréquence de délivrance :

Autres traitements :

.....
.....
.....

Hospitalisations

.....
.....
.....
.....

SITUATION PENALE POUR UN HEBERGEMENT (cocher la case concernée)

Sur Colmar : ☐ TIPI

/

Sur Mulhouse : ☐ PARIS

Complété par : ☐ le concerné ☐ le référent :

Condamnation pénale

☐ Primaire ☐ Récidiviste

Déjà condamné (à une peine restrictive ou privative de liberté)

☐ Oui ☐ Non

Mesure en cours

Suivi par le SPIP de

Nom du CECIP

Mesure en cours	Infraction	Début de la mesure	Fin de la mesure

argile

*Association de prise en charge des addictions
et de réduction des risques*

--	--	--	--