

DOSSIER DE CANDIDATURE POUR UN HEBERGEMENT

ATR TIPI PARIS (cocher la case concernée)

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

Mr Roy HADDAD : 06.80.22.15.14 (ATR Colmar)

Mr Cédric GINTER : 06.74.13.55.34 (ATR Mulhouse)

QUESTIONNAIRE POUR HEBERGEMENT

ATR TIPI PARIS (cocher la case concernée)

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

ATR TIPI PARIS (cocher la case concernée)

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

TIPI PARIS (cocher la case concernée)

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