Pour tout renseignement et information complémentaire, veuillez contacter le ……..

**QUESTIONNAIRE D’ORIENTATION VERS LE DISPOSITIF**

**DES ACT « UN CHEZ-SOI D’ABORD »**

Ce questionnaire sera transmis par l'équipe d'orientation par mail aux porteurs du dispositif : ………..@........ En cas d'intégration dans le dispositif « Un chez-soi d’abord », le questionnaire sera classé dans le dossier de la personne. Dans le cas contraire, il sera détruit. Ce document est rédigé avec l’accord de la personne.

NOM : Prénom :

Date de naissance :

Coordonnées de la personne (adresse, N° tel)

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Nom de l’instructeur à contacter : ……………………………………………………………………………………………………..

Structure : …………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Coordonnées tel :……………………………………………………………………………………………………………………………….

* Être en situation régulière : **Oui Non**

(Si oui, joindre une copie de la CNI ou titre de séjour en cours de validité ou un extrait d’acte de

naissance avec la déclaration de perte)

* Être en situation d’itinérance absolue ou de logement précaire définis ci-contre :  **Oui Non**

 (Si oui, joindre une attestation d’hébergement)

* Relever (ou pouvant relever) d’un régime de protection sociale : **Oui Non**

(Si oui, joindre une attestation de droits)

* Relever (ou pouvant relever) de ressources stables : **Oui Non**

(Joindre le justificatif des ressources)

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

• La personne relève-t-elle d’une mesure de protection : ☐ Oui ☐ Non

• Si oui, s’agit-il d’une : ☐ Tutelle ☐ Curatelle

COORDONNEES

Coordonnées du mandataire judiciaire

……………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………