

**DOSSIER DE CANDIDATURE AUX LOGEMENTS ENCADRÉS ET
SUIVIS INDIVIDUELS DE LIEWEN DOBAUSSEN ASBL**

Nous vous remercions de bien vouloir renouveler cette demande après un an par écrit (lettre ou email) si elle reste d'actualité. Sans renouvellement, la demande n'est plus valable après un an.

Date: _____

Merci de bien
vouloir coller ici une
photo récente ou de
l'ajouter à cette
demande.

I. Coordonnées

- Identification du candidat

Nom: _____ Prénom: _____

Date et lieu de naissance: _____

Etat civil: _____ Nationalité: _____

Tél.: _____

Caisse de maladie: _____ Matricule: _____

Langues parlées : _____

- Logement actuel

Domicile (adresse officielle) : _____

Lieu de résidence (si différent du domicile) : _____

- Identification de la personne de contact :

Personne de contact: _____

Institution/Service: _____

Tél. : _____ Fax : _____ E-mail : _____

II. Renseignements personnels

1. Situation de vie actuelle

1) Quelle est votre situation actuelle de logement? Pourquoi recherchez-vous aujourd'hui un hébergement en logement encadré ou un suivi individuel?

2. Votre situation de vie antérieure

Où avez-vous vécu auparavant ? (logements privés, cliniques, thérapies):

Lieu	Durée	Explications

3. Situation professionnelle

- Parcours scolaire

Dernière année de scolarité réussie, diplôme éventuel:

- Parcours professionnel

Emploi actuel : _____

Emplois précédents :

Patron / Entreprise	du	au

Cessation de travail (si oui, depuis quand): _____

Dans quelles conditions (licenciement, démission, congé de maladie,....) ?

III. Renseignements familiaux

1. Composition de la famille

<u>Lien</u>	<u>Nom</u>	<u>Prénom</u>	<u>Adresse</u>	<u>Contact</u>

2. Autres personnes de confiance éventuelles

<u>Nom</u>	<u>Prénom</u>	<u>Adresse</u>	<u>Tél.</u>

IV. Renseignements financiers

1. Votre situation médico-légale

- Nature de la protection *(cocher la case correspondante)*

Tutelle

Autre _____

Curatelle

Aucune

Sauvegarde de justice

- Administration des Biens

(Indiquer les coordonnées de la personne désignée à cette mission)

Organisation: _____

Nom et Prénom: _____

Adresse: _____

2. Vos revenus (cocher la case correspondante)

<input type="checkbox"/> Salaire	<input type="checkbox"/> Rente de vieillesse
Employeur:	Organisme:
Montant:	Montant:
<input type="checkbox"/> Chômage	<input type="checkbox"/> Revis ou <input type="checkbox"/> RPGH
Montant:	Montant:
<input type="checkbox"/> Rente AVI	<input type="checkbox"/> Pension alimentaire
Organisme:	Versée par:
Montant:	(Nom et adresse)
	Montant:

V. Votre autonomie

Quelle est la structure de vos journées actuellement ? Suivez-vous un programme spécifique (thérapies, travaux, etc.)?

Je soussigné(e) autorise le personnel concerné de Liewen Dobaussen à collecter, traiter et conserver mes données personnelles, selon la loi du 25 mai 2018 sur la protection des données à caractère personnel (GDPR), uniquement dans le but d'une prise en charge idéale de ma demande. Mes données seront détruites 10 ans après le dernier contact avec Liewen Dobaussen.

Signature :

VI. Renseignements médicaux **A compléter par le médecin s.v.p.**

Référence du candidat

Nom, Prénom : _____

Caisse de maladie : _____

Matricule : _____

Médecin généraliste traitant : _____

Médecin psychiatre traitant : _____

1. Antécédents et troubles médico-chirurgicaux actuels :

- Merci de bien vouloir joindre les **derniers rapports médicaux** des différents médecins spécialistes qui traitent des troubles somatiques de la personne.

Antécédents médicaux : _____

2.1 Vaccinations : (Dates, rappels) Merci de joindre une copie de la carte de vaccination.

Tétanos : _____ Hépatite A : _____ Hépatite B : _____

Grippe : _____ Autres : _____

2.2. Allergies : _____

2.3 Poids : _____ Taille : _____

2.4 Médication quotidienne : Joindre de préférence une copie du traitement

Médicament	Matin	Midi	Soir	Coucher

2. Antécédents psychiatriques et troubles psychiatriques actuels:

Antécédents :
.....
.....
.....

Diagnostic actuel et descriptif de la maladie. Merci de bien vouloir ajouter à cette demande un **rapport du médecin psychiatre** qui rend un avis favorable quant au suivi en logement encadré. Ce rapport doit indiquer le diagnostic actuel (ICD-10).

3. Hospitalisations antérieures : (lieu et date)

4. Commentaires/ Précautions particulières :

Date et signature :

Merci d'envoyer à : Liewen Dobaussen asbl
A l'att. du médecin-psychiatre
B.P. 134
L-9002 Ettelbruck