

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

---

---

---

---

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