



## Appartements Thérapeutiques Relais

### DOSSIER CONFIDENTIEL USAGER (à remplir par l'utilisateur)

Date /\_/\_/ /\_/\_/ /\_/\_/ /\_/\_/

NOM .....

PRENOM.....

SEXE

Masculin

Féminin

DATE DE NAISSANCE /\_/\_/ /\_/\_/ /\_/\_/ /\_/\_/ ou âge /\_/\_/ ans

#### ADRESSE DOMICILE

N° ..... Rue .....

Code postal..... Ville.....

#### ADRESSE DE REPONSE (SI DIFFERENTE)

N° ..... Rue .....

Code postal..... Ville.....

N° TEL : .....

LIEU DE NAISSANCE.....

DEPARTEMENT.....

PAYS.....

#### NATIONALITE

Française

Etrangère CEE

Etrangère hors CEE

#### SITUATION MATRIMONIALE

Célibataire

Union libre

Marié(e)

Séparé(e)

Divorcé(e)

Pacsé(e)

Veuf(ve)

Autre

#### ENFANTS

Oui

Non

Si oui, nombre /\_/\_/

Nés en /\_/\_/ /\_/\_/

/\_/\_/ /\_/\_/

/\_/\_/ /\_/\_/

#### ENFANTS A CHARGE

Oui

Non

Si oui, nombre /\_/\_/

**NOM DU CSAPA REFERENT**.....

**ADRESSE DU CSAPA**

N° ..... Rue .....

Code postal..... Ville.....

Si vous êtes en cure, post-cure, établissement spécialisé, service hospitalier ou communauté thérapeutique, merci d'indiquer votre date prévue de sortie : .....

Nom du référent : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

**LOGEMENT**

- Indépendant
- Famille ou proches
- Précaire
- Etablissement pénitentiaire
- Institution

**SITUATION PROFESSIONNELLE** : Profession : \_\_\_\_\_

- Activité rémunérée continue
- Activité rémunérée intermittente
- Chômage

**RESSOURCES**

- Salaires
- ASSEDIC
- RSa
- A.A.H.
- A la charge d'un tiers
- Autres

**COUVERTURE SOCIALE – N° DE SECURITE SOCIALE** : / / / / / / / / / / / /

- Régime général (S.S.)
- S.S. + mutuelle
- S.S. à 100 %
- Assurance perso.
- C.M.U.
- A.M.E.
- S.S. Tiers
- Aucune
- Ne sait pas

**ETES-VOUS EN POSSESSION DE VOTRE CARTE VITALE ?**

- Oui
- Non

Si Non, avez-vous fait les démarches nécessaires pour l'obtenir à nouveau ?

.....

.....

.....

.....