



OPPELIA 75
CHARONNE

DOSSIER CANDIDATURE

(APPARTEMENTS THERAPEUTIQUES ET STUDETTE)

POLE RESIDENTIEL CSAPA CHARONNE OPPELIA

Ce dossier a pour but de donner une vision d'ensemble de votre parcours et de votre situation actuelle. Il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse. L'ensemble de vos réponses permettra d'évaluer vos besoins et si notre service correspond à votre situation.

Ce document est aussi un support pour l'entretiens d'évaluation que vous aurez avec les professionnel.le.s du service. A la suite de celui-ci, l'équipe se réunira lors d'une commission, qui déterminera l'admission ou non. La décision vous sera transmise par la suite.

Il vous est possible de le remplir seul ou accompagné, n'hésitez pas à prendre tout le temps qui vous sera nécessaire.

Ce dossier peut nous être envoyé par voie postale ou par mail :

Pôle Résidentiel CSAPA Charonne Oppelia 9 Quai d'Austerlitz 75013 Paris // at.csapacharonne@oppelia.fr

Nos délais d'attente étant longs, nous demandons à ce que les candidatures soient mises à jour tous les 3 mois.

CSAPA OPPELIA CHARONNE

9 quai d'Austerlitz

01 45 83 22 22 – at.csapacharonne@oppelia.fr - www.oppelia.fr

FICHE ADMINISTRATIVE

Nom :	Prénom(s) :	Genre :
Date de Naissance :	Lieu de Naissance :	Nationalité :
Adresse :		Téléphone :
Adresse domiciliation :		Email :
Situation matrimoniale et familiale (célibat/mariage/PACS...) :		
Enfants (nombre/âges/à charge ou non) :		
Niveau d'études / Diplômes :		
Activité professionnelle actuelle :		Depuis le :
Expériences professionnelles :		
Catégorie socio-professionnelle :		
Sans activité	Demandeur d'emploi ☐	Depuis le :
	Inactif / Retraité ☐	Depuis le :
	Etudiant / En formation ☐	Depuis le :
	Invalidé ☐	Depuis le :

RESSOURCES



☐ Salaire	☐ RSA	☐ Allocation Adulte Handicapé
☐ Allocation de la CAF	☐ Pension d'invalidité	☐ Indemnités journalières
☐ Allocation Pôle Emploi, laquelle ? :	☐ Economie souterraine	☐ Aucune
Montant total des ressources :		
Dettes : ☐ Oui ☐ Non	Montant des dettes :	
Dossier de surendettement	☐ A jour ☐ En cours	

COUVERTURE SOCIALE

☐ SS	☐ SS + mutuelle	☐ SS + Tiers
☐ PUMa	☐ AME	☐ ALD
☐ CSS avec ou sans participation	☐ En cours	☐ A faire

Carte d'identité	☐ A jour ☐ En cours ☐ A refaire
Passeport	☐ A jour ☐ En cours ☐ A refaire
Permis de conduire	☐ A jour ☐ En cours ☐ A refaire
Titre de séjour	☐ A jour ☐ En cours ☐ A renouveler
Carte Vitale	☐ A jour ☐ En cours ☐ A refaire
SIAO	☐ A jour ☐ En cours ☐ A refaire
Domiciliation	☐ A jour ☐ En cours ☐ A refaire
Demande de logement social	☐ A jour ☐ En cours ☐ A refaire
DALO	☐ A jour ☐ En cours
Impôts	☐ A jour ☐ En cours ☐ A refaire
Mesure de protection (tutelle, curatelle,...)	☐ Non ☐ Oui ☐ En cours d'instruction Si Oui, laquelle : Nom et adresse de l'organisme de tutelle :

ORIGINE DE L'ORIENTATION



☐ Médecin généraliste	☐ CSAPA (résidentiel ou ambulatoire)	☐ CAARUD
☐ Equipe hospitalière	☐ Service social	☐ Justice (Aménagement de peine)
☐ CTR ou communauté thérapeutique		☐ Autres (Précisez) :

COORDONNEES DE LA STRUCTURE PRESCRIPTRICE

Nom :	
Adresse :	
Téléphone :	Mail :
Date de début de l'accompagnement de la personne dans la structure :	
Professionnels impliqués dans l'accompagnement :	
Réfèrent dans la structure :	
Nom :	Prénom :
Fonction :	
Téléphone :	Mail :

AUTRE REFERENT (SI BESOIN)

Nom :	Prénom :
Fonction :	
Téléphone :	Mail :

OBJECTIFS ET ATTENTES DU SEJOUR



Il s'agit de se donner une représentation des difficultés rencontrées mais aussi des axes prioritaires dans le projet envisagé par/avec la personne. L'échelle se base sur une notation entre 0 et 5

Niveau de satisfaction : 0 = insatisfaction complète, 1 = Globalement insatisfait-e, 2 = Un peu insatisfait-e ; 3 = Un peu satisfait ;

4 = Globalement satisfait ; 5 = satisfaction maximale

Niveau de priorité de 1 à 4 : 1 = Prioritaire, 2 = Important ; 3 = A consolider ; 4 = Légère importance ; 5 = Non prioritaire

	Niveau de Satisfaction	Niveau de Priorité	Commentaires / Précisions
Consommations			
Administratif			
Gestion du quotidien/ Vie quotidienne (ménage, hygiène, organisation de la journée...)			
Travail / Etudes			
Santé physique			
Bien être psycho corporel			
Santé psychique			



Gestion de mes états émotionnels		
Relations familiales		
Gestion financière		

CONSOMMATIONS ET CONDUITES ADDICTIVES

Produits et conduites addictives	Age des 1ières consos	Age d'arrêt ou de gestion	Périodes d'arrêt ou de gestion et de rechute (avec dates si possible)	Fréquence et quantité des consommations actuelles	Mode de consommation (sniffé, injecté...)	Objectif (abstinence, gestion...)	Impact sur la vie (bien être, sur l'organisation quotidienne...)



PRISES EN CHARGE THERAPEUTIQUES DEJA EFFECTUEES OU ACTUELLEMENT

Merci de préciser les dates et lieux

Sevrage(s) :

Communauté thérapeutique / Centre Thérapeutique Résidentiel :

Groupes thérapeutiques :

Appartements thérapeutiques :

CSAPA :

Ou autres professionnels de santé (médecin généraliste, psychiatre...)



PARCOURS SOIN SANTE MENTALE

Merci de préciser les dates et lieux

Hospitalisations en psychiatrie :

Hôpitaux de jours :

Suivis en ambulatoire (CMP ou libéral) :

TRAITEMENTS ACTUELS

Préciser les prescripteurs et la durée du traitement

PROBLEMES SOMATIQUES EVENTUELS, PASSES OU ACTUELS

Si cela est pertinent, merci de préciser les diverses hospitalisations pour soins somatiques que vous avez effectuées, ainsi que les problèmes de santé pour lesquels vous êtes ou avez été traité-e.

EXPRESSION LIBRE

Qu'est-ce qui fait, dans votre parcours, que vous demandez un appartement thérapeutique aujourd'hui ?

Commentaires / remarques (si besoin) du référent ou professionnel accompagnant cette demande