TEMPO OPPELIA
4, rue ampère - 26000 VALENCE
Tél. : 04.75.40.17.70 - Fax : 04.75.40.12.55
tempo@oppelia.fr - www.oppelia.fr

DOSSIER DE CANDIDATURE
Appartements Thérapeutiques Relais

Dossier à retourner complet à :
Tempo Oppelia
Service ATR

Adresse postale
4 rue ampère
26000 VALENCE

Fax
04.75.40.12.55

Mail
tempo@oppelia.fr

RENSEIGNEMENTS GENERAUX

Coordonnées de la structure prescriptrice

_____

_____

_____

Nom et prénom du candidat

_____

_____

Nom et fonction du professionnel référent

_____

_____

FICHE ADMINISTRATIVE

Nom : _____

Prénom : _____

Sexe : ☐ Féminin ☐

Masculin Date de naissance : _/_____/__

Adresse domicile : _____

Code postal : _____ Ville : _____

n° téléphone : ____/____/____/____/____ Mail : _____

Lieu de naissance : _____

Département : _____ Pays : _____

Situation familiale

Enfants : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, nombre et âge(s) : _____

Enfants à charge : ☐ Oui ☐ Non

Logement

Adresse du logement envisagé après le séjour ou en cas de rupture de séjour
(attestation de logement/d'hébergement à joindre à votre dossier) :

_____

Ou inscription SIAO 26 et Numéro Unique Départemental de demande de logement social
de la Drôme (joindre le numéro de dossier).

_____

Ressources

Salaires ☐ A.A.H. ☐ ASSEDIC ☐ A la charge d'un tiers ☐ RSA ☐

Indemnités journalières ☐ Pension d'invalidité ☐ Autre ☐ Pas de revenu ☐

Couverture sociale

Régime général (S.S.) ☐ A.M.E. ☐ Sécu+Mutuelle ☐ S.S. d'un tiers ☐

Assurance perso. ☐ CMU ☐ CMU C ☐ S.S. à 100% ☐

Protection juridique

Tutelle ☐ Curatelle ☐

Mesure d'accompagnement social personnalisé (MASP) ☐

Mesure d'accompagnement judiciaire (Maj) ☐

PARCOURS DE SOIN

Pourriez-vous nous dire pourquoi vous souhaitez intégrer un appartement thérapeutique relais à cette étape de votre parcours de soins ? Quelles sont vos attentes et vos objectifs de soins ?

Quel(s) est/sont le(s) produit(s) psychoactif(s) -licite ou illicite, incluant les médicaments- ou la/les conduite(s) addictive(s) qui vous posent actuellement le plus de problèmes :

Date de la première démarche de soins :

Prises en charge thérapeutiques déjà effectuées en addictologie et en psychiatrie :

Dates	Lieux & Types (hospitalisation, communauté thérapeutique, AT, ACT, CTR...)	Motifs	Observations (si arrêt des séjours, motifs)

Professionnels impliqués dans l'accompagnement :

☐ Médecin
Nom : _____

☐ Psychiatre
Nom : _____

☐ Infirmier/ère
Nom : _____

☐ Educateur/trice spécialisé(e)
Nom : _____

☐ Psychologue
Nom : _____

☐ Assistant(e) social(e)
Nom : _____

☐ Autre - précisez : _____
Nom : _____

Projet prévu après le séjour :

_____

_____

_____

_____

_____

_____