

<u>ANNEXE 6- RAPPORT D'ÉVALUATION MASP (SUITE).....</u>	<u>2</u>
<u>ANNEXE 7- FICHE INDIVIDUELLE ÉVALUATION SOUS-LOCATION.....</u>	<u>18</u>
<u>ANNEXE 8- FICHE COLLECTIVE ÉVALUATION SOUS-LOCATION.....</u>	<u>23</u>
<u>ANNEXE 9 - FICHE ÉVALUATION INDIVIDUELLE AIS.....</u>	<u>34</u>
<u>ANNEXE 10 - FICHE ÉVALUATION COLLECTIVE AIS.....</u>	<u>36</u>
<u>ANNEXE 11- FORMULAIRE UNIQUE DE DEMANDE D'AIDE.....</u>	<u>44</u>
<u>ANNEXE 12- INTERCALAIRE AB/ASLL.....</u>	<u>50</u>
<u>ANNEXE 13 - INTERCALAIRE SOUS- LOCATION.....</u>	<u>51</u>
<u>ANNEXE 14- CONTRAT ACTION BUDGÉTAIRE ET ASLL.....</u>	<u>52</u>
<u>ANNEXE 15- FICHE PROJET</u>	<u>53</u>
<u>ANNEXE 16- FICHE BILAN (HORS ACTIONS SPÉCIFIQUES).....</u>	<u>62</u>
<u>ANNEXE 17 - FICHE NAVETTE ACCUEIL RAPIDE DES MÉNAGES.....</u>	<u>70</u>
<u>ANNEXE 18- TABLE DES SIGLES.....</u>	<u>74</u>

Annexe 6- Rapport d'évaluation MASP (suite)

ANNEXE 5-1 BIS

Direction des Solidarités
Contact

Tél: 04.75. Fax: 04.75.
Courriel: @ladrome.fr

Code de l'action sociale et des familles
Articles L2711 à 271-8 relatifs à
l'accompagnement de la personne
en matière sociale et budgétaire

ATTESTATION

Je soussigné

Domicilié e).....

.....

autorise le département à transmettre les éléments d'évaluation me concernant au référent de la mesure ci-après désigné.

Référent de la mesure.....

FAIT A

LE :

Didier GUILLAUME
Président du Conseil général

ANNEXE 5-2

Critère d'éligibilité à une MASP

- 1) La personne ne doit pas avoir d'altération des facultés mentales,
- 2) La personne doit percevoir des prestations sociales (cf annexe : Article 1 du décret 40 2008-1498 du 22/12/08)
- 3) La personne doit rencontrer des difficultés de gestion qui menacent directement sa santé ou sa sécurité.
- 4) La personne doit adhérer à la mesure.

ANNEXE 5-2 bis

JORF n°0304 du 31 décembre 2008 page 20651
texte n° 116

DECRET

Décret n° 2008-1498 du 22 décembre 2008 fixant les listes de prestations sociales mentionnées aux articles L. 271-8 et L. 361-1 du code de l'action sociale et des familles et à l'article 495-4 du code civil et le plafond de la contribution des bénéficiaires de la mesure d'accompagnement social personnalisé

NOR: MTSA0831127D

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre du travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité,

Vu le code de l'action sociale et des familles, notamment ses [articles L. 271-8](#) et [L. 361-1](#) ;

Vu le code civil, notamment ses [articles 495-4, 495-5](#) et [375-9-1](#) ;

Vu le code de la construction et de l'habitation, notamment son article [L. 351-15](#) ;

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu la loi de finances rectificative pour 1963 n° 63-628 du 2 juillet 1963 portant maintien de la stabilité économique et financière ;

Vu la [loi n° 2005-102 du 11 février 2005](#) pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, notamment son [article 95](#) ;

Vu la [loi n° 2007-308 du 5 mars 2007](#) portant réforme de la protection juridique des majeurs, notamment son [article 45](#) ;

Vu la [loi n° 2007-1223 du 21 août 2007](#) en faveur du travail, de l'emploi et du pouvoir d'achat, notamment son [article 19](#) ;

Vu l'[ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004](#) simplifiant le minimum vieillesse, notamment son article 2 ;

Vu l'avis de la section sociale du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale en date du 3 juillet 2008 ;

Vu l'avis du conseil d'administration de la Caisse nationale des allocations familiales en date du 9 septembre 2008 ;

Vu l'avis du Comité national des retraités et des personnes âgées en date du 9 septembre 2008 ;

Vu l'avis du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés en date du 17 septembre 2008 ;

Vu l'avis de la Commission consultative d'évaluation des normes en date du 9 octobre 2008 ;

Vu la saisine de la Commission des accidents du travail et des maladies professionnelles en date du 3 septembre 2008 ;

Vu la saisine de la commission de surveillance de la Caisse des dépôts et consignations en date du 18 septembre 2008,

Décète :

Article 1

La section 1 du chapitre 1er du titre VII du livre II du code de l'action sociale et des familles est ainsi complétée :

« Art.D. 271-2.-Les prestations sociales mentionnées aux articles L. 271-1 et L. 271-5 sont :

« 1° L'aide personnalisée au logement mentionnée à l'article L. 351-1 du code de la construction et de l'habitation, dès lors qu'elle n'est pas versée en tiers payant selon les modalités prévues à l'article R. 351-27 ;

« 2° L'allocation de logement sociale mentionnée à l'[article L. 831-1 du code de la sécurité sociale](#), dès lors qu'elle n'est pas versée en tiers payant ;

- « 3° L'allocation personnalisée d'autonomie mentionnée à l'article L. 232-1 du présent code, dès lors qu'elle n'est pas versée directement aux établissements et services mentionnés à l'article L. 232-15 selon les conditions prévues au même article ;
- « 4° L'allocation de solidarité aux personnes âgées mentionnée à l'[article L. 815-1 du code de la sécurité sociale](#) ;
- « 5° L'allocation aux vieux travailleurs salariés mentionnée à l'[article 2 de l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004](#) simplifiant le minimum vieillesse ;
- « 6° L'allocation aux vieux travailleurs non salariés mentionnée au même article ;
- « 7° L'allocation aux mères de famille mentionnée au même article ;
- « 8° L'allocation spéciale vieillesse prévue à l'[article L. 814-1 du code de la sécurité sociale](#) et sa majoration prévue à l'article L. 814-2 du même code dans leur rédaction antérieure à l'entrée en vigueur de la même ordonnance ;
- « 9° L'allocation viagère dont peuvent bénéficier les rapatriés en vertu de la [loi du 2 juillet 1963 visée ci-dessus](#) et mentionnée à l'article 2 de la même ordonnance ;
- « 10° L'allocation de vieillesse agricole mentionnée à l'article 2 de la même ordonnance ;
- « 11° L'allocation supplémentaire mentionnée à l'[article L. 815-2 du code de la sécurité sociale](#), dans sa rédaction antérieure à l'entrée en vigueur de la même ordonnance ;
- « 12° L'allocation supplémentaire d'invalidité mentionnée à l'[article L. 815-24 du code de la sécurité sociale](#) ;
- « 13° L'allocation aux adultes handicapés mentionnée à l'article L. 821-1 du même code, le complément de ressources mentionné à l'article L. 821-1-1 du même code et la majoration pour la vie autonome mentionnée à l'article L. 821-1-2 du même code ;
- « 14° L'allocation compensatrice mentionnée à l'[article 95 de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005](#) pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ;
- « 15° La prestation de compensation du handicap mentionnée aux I et II de l'article L. 245-1 du présent code, sauf si elle est versée dans les conditions prévues à l'article L. 245-11 ;
- « 16° L'allocation de revenu minimum d'insertion mentionné à l'article L. 262-1 et la prime forfaitaire mentionnée à l'article L. 262-11, dès lors qu'ils ne sont pas reversés par un organisme mentionné à l'article R. 262-50, ou le revenu de solidarité active mis en œuvre pour les bénéficiaires de ces allocations en application de l'[article 19 de la loi n° 2007-1223 du 21 août 2007](#) en faveur du travail, de l'emploi et du pouvoir d'achat ;
- « 17° L'allocation de parent isolé mentionnée à l'[article L. 511-1 du code de la sécurité sociale](#) et la prime forfaitaire instituée par l'article L. 524-5 du même code ou le revenu de solidarité active mis en œuvre pour les bénéficiaires de ces allocations en application de l'[article 20 de la loi n° 2007-1223 du 21 août 2007](#) en faveur du travail, de l'emploi et du pouvoir d'achat ;
- « 18° La prestation d'accueil du jeune enfant mentionnée à l'[article L. 511-1 du code de la sécurité sociale](#) ;
- « 19° Les allocations familiales mentionnées au même article ;
- « 20° Le complément familial mentionné au même article ;
- « 21° L'allocation de logement mentionnée au même article, dès lors qu'elle n'est pas versée en tiers payant au bailleur ;
- « 22° L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé mentionnée au même article ;
- « 23° L'allocation de soutien familial mentionnée au même article ;
- « 24° L'allocation de rentrée scolaire mentionnée au même article ;
- « 25° L'allocation journalière de présence parentale mentionnée au même article ;
- « 26° La rente versée aux orphelins en cas d'accident du travail mentionnée à l'[article L. 434-10 du code de la sécurité sociale](#) ;
- « 27° L'allocation représentative de services ménagers mentionnée aux articles L. 231-1 et L. 241-1 du présent code ;
- « 28° L'allocation différentielle mentionnée à l'article L. 241-2 du présent code ;
- « 29° La prestation de compensation du handicap mentionnée au III de l'article L. 245-1 du présent code.
- « Art.D. 271-5.-Le plafond mentionné à l'article L. 271-4 est celui qui est prévu par l'article R. 471-5-2 pour chaque tranche de revenu des bénéficiaires de mesures de protection des majeurs. »

Le chapitre II du titre VII du livre II du code de l'action sociale et des familles est ainsi complété :
« Art. D. 272-1. - Les prestations sociales mentionnées à l'[article 495-4 du code civil](#) sont celles qui sont mentionnées à l'article D. 271-2 du présent code. »

Article 3

Le livre III du code de l'action sociale et des familles est complété par un titre VI ainsi rédigé :

« TITRE VI

« FINANCEMENT DE LA PROTECTION JUDICIAIRE
DES MAJEURS

« Chapitre unique

« Dispositions financières

« Art. D. 361-1. - Les prestations sociales mentionnées aux 1° et 2° du I de l'article L. 361-1 sont celles qui sont prévues aux 1° à 17° de l'article D. 271-2. »

Article 4 [En savoir plus sur cet article...](#)

Le présent décret entre en vigueur le 1er janvier 2009.

Article 5 [En savoir plus sur cet article...](#)

Le ministre du travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité et la secrétaire d'Etat chargée de la famille sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 22 décembre 2008.

François Fillon

Par le Premier ministre :

Le ministre du travail, des relations sociales,

de la famille et de la solidarité,

Xavier Bertrand

La secrétaire d'Etat

chargée de la famille,

Nadine Morano

ANNEXE 5- 3

GRILLE D'ÉVALUATION à l'usage du travailleur social :

EVALUATION DES ATTITUDES ET DU COMPORTEMENT DE LA FAMILLE FACE AU BUDGET	OUI	NON
La famille fait-elle le compte des rentrées d'argent en début de mois ?		
La famille fait-elle une prévision des dépenses en début de mois ?		
La famille fait-elle un bilan chaque fin de mois ?		
La famille note-t-elle ses dépenses courantes ?		
La famille note-t-elle ses charges fixes ?		
La famille note-t-elle les mouvements de son compte bancaire ?		
La famille connaît-elle le solde de son compte bancaire ?		
La famille a t-elle mensualisé certaines de ses charges (indiquer lesquelles sur feuille en annexe)		
La famille respecte-t-elle ces mensualités ?		
La famille prévoit-elle des provisions pour ses charges fixes ? (Préciser en annexe pour lesquelles)		
La famille fait-elle un effort pour modifier le volume des ses charges ?		
La famille connaît-elle le montant de ses charges fixes ?		
La famille connaît-elle les besoins pour les charges courantes (nourriture, habillement, entretien, hygiène, santé...)		
La famille a t-elle acquis la notion de mensualisation et l'intérêt de ramener les charges fixes en douzième ?		
La famille a t-elle acquis la notion de mensualisation et l'intérêt de ramener en fonction du rythme et du montant de ses différentes ressources ?		
ATTITUDES DE LA FAMILLE FACE AU PROBLEMES FINANCIERS	OUI	NON
La famille a-t-elle terminé de payer un ou plusieurs crédits ?		
La famille a-t-elle renégocié un ou plusieurs crédits ?		
La famille a-t-elle de nouveaux crédits ?		
La famille a-t-elle de nouvelles dettes ?		
La famille a-t-elle un découvert bancaire ?		
La famille a-t-elle fait baisser son découvert bancaire ?		
Le revenu résiduel de la famille a-t-il augmenté ?		
La famille connaît-elle sa situation budgétaire ?		
La famille a-t-elle une épargne pour les imprévus ?		
Face aux imprévus, la famille sollicite un prêt		
Face aux dépenses imprévues, la famille attend de l'aide de sa famille		
Face aux imprévus, la famille sollicite l'aide de l'assistante sociale		

Face aux dépenses imprévues, la famille demande un découvert bancaire		
Face aux dépenses imprévues, la famille ne fait rien		
La famille est-elle capable de faire un équilibre budgétaire sans privations ou de hiérarchiser les privations ?		
CAPACITES GLOBALES DE LA FAMILLES	OUI	NON
Les comptes sont-ils fait en couple ou en famille ? Ou au moins l'information circule-t-elle ?		
Y a t'il répartition des taches relatives au budget dans la famille ?		
Les choix budgétaires sont-ils discutés au sein de la famille ?		
La famille est-elle autonome sur son budget ?		
La famille amorce-t-elle une réaction positive quand un événement vient bouleverser sa gestion ?		
La famille développe-t-elle des capacités de négociation sur sa gestion familiale ?		
La famille hiérarchise-t-elle ses efforts pour résorber son endettement ?		
ATTITUDES FACE A L'INTERVENTION	OUI	NON
Depuis l'intervention du travailleur social, la situation financière est-elle plus supportable pour la famille ?		
La famille a-t-elle respecté les rendez vous donnés par la conseillère ?		
La famille a-t-elle fourni les documents nécessaires au travailleur social ?		
La famille a-t-elle effectué toutes les démarches convenues ?		
Le plan d'apurement est-il compréhensible par la famille ?		
La famille connaît-elle la date d'échéance du plan d'apurement ?		
La famille a t'elle une attitude plus dynamique ?		
La famille a-t-elle pris conscience des ses potentialités ?		
L'intervention du travailleur social a-t-elle amélioré la situation familiale ?		
ELEMENTS COMPLEMENTAIRES : sans notation	OUI	NON
La famille a-t-elle pris en compte les conseils proposés par le travailleur social ?		
La famille se sent-elle prête à gérer seule son budget ?		
L'intervention est-elle à poursuivre de l'avis de la famille ?		
L'intervention est-elle à poursuivre de l'avis du travailleur social ?		
La famille a-t-elle d'autres demandes d'intervention sociale qui ne relèveraient pas du travailleur social et qui amèneraient une orientation souhaitée ?		

ANNEXE 5-4 – Bordereau d'envoi du contrat à l'intéressé

Civilité Prénom NOM

Titre

ORGANISME

Adresse

CP VILLE

Direction des Solidarités
Contact

Tél: 04.75. . .

Fax: 04.75. . .

Courriel:

@ladrome.fr

Ale

Madame, Monsieur,

Veillez trouver ci joint votre contrat de Mesure d'Accompagnement Social Personnalisé validé pour la période duau.....

Je vous en souhaite bonne réception, et je vous prie de recevoir , Madame, Monsieur, mes meilleures salutations.

Didier GUILLAUME

Président du Conseil Général

Sénateur

**ANNEXE 5-5 – Bordereau d’envoi, Contrat Organisme
externe**

Civilité Prénom NOM
Titre
ORGANISME
Adresse
CP VILLE

Direction des Solidarités
Contact

Tél: 04.75. Fax: 04.75.
Courriel: @ladrome.fr

Ale

Madame, Monsieur,

Veillez trouver ci joint la copie du contrat de Mesure d’Accompagnement Social Personnalisé validé.

Je vous en souhaite bonne réception, et je vous prie de recevoir , Madame, Monsieur, mes meilleures salutations.

Didier GUILLAUME
Président du Conseil général
Sénateur

ANNEXE 5- 5 BIS – Attestation MASP

Direction des Solidarités
Contact

Tél: 04.75. Fax: 04.75.
Courriel: @ladrome.fr

Je soussigné(e) Madame..... Responsable du Centre Médico-Social atteste
que Madamerésident àfait l'objet d'une
Mesure d'Accompagnement Social Personnalisé conformément au Code de l'action sociale
et des familles Articles L2711 à 271-8.

Fait pour valoir ce que de droit.

FAIT A.....LE.....

Didier GUILLAUME
Président du Conseil général
Sénateur



CONTRAT MASP

Code de l'action Sociale et des familles

Articles L271 – 1 à 271-8 relatifs à l'accompagnement de la personne en matière sociale et budgétaire

NOM DE L'ORGANISME : _____

Avec gestion des prestations sociales ()

Sans gestion des prestations sociales ()

NOM DU REFERENT DU CONTRAT : _____

ENTRE D'UNE PART :

M., Mme, Mlle : _____

Nom de jeune fille : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____

Autres personnes vivant au foyer (date de naissances et qualité) :

-
-
-
-

ET D'AUTRE PART :

Le Département, représenté par le Président du Conseil Général

PREMIER CONTRAT

RENOUVELLEMENT

Si 1^{er} contrat -> ELEMENTS DE LA SITUATION SERVANT DE BASE AU PROJET :

Si renouvellement -> EVALUATION DU PRECEDENT CONTRAT DE MASP :

PROJET DM

IL EST CONVENU CE QUI SUIT :

OBJECTIFS :

-
-
-
-

MOYENS MIS EN ŒUVRE :

-
-
-
-

CALENDRIER PREVISIONNEL DES DEMARCHES :

-
-
-
-

ECHÉANCES DU CONTRAT :

Durée proposée : _____ mois	Du	_____	au	_____
-----------------------------	----	-------	----	-------

Je soussigné _____ ,

domicilié _____

Autorise le département à percevoir et à gérer pour mon compte tout ou partie des prestations sociales que je perçois, en les affectant en priorité au paiement de mon loyer et de mes charges locatives en cours (article L.271-2 de la loi n° 2007-308 du 5 mars 2007).

Date :

Signature du Bénéficiaire et/ou des ayants droits :

Décision du Président du Conseil Général :				
Durée acceptée : _____ mois	Du	_____	au	_____
Observations du Président Du Conseil Général :				

Signature du Président du Conseil Général :
P/le Président du Conseil Général et par délégation,
Le Responsable de CMS

1^{er} feuillet destiné au bénéficiaire
2^{me} feuillet destiné au RCMS
3^{ème} feuillet destiné au service instructeur

Annexe 5-6 Rapport circonstancié d'évaluation au procureur de la république

DÉPARTEMENT DE LA DROME
Direction des Solidarités
Direction Territoriale

IDENTITE DE LA PERSONNE CONCERNEE

NOM et Prénoms :

NOM de jeune fille :

Date et lieu de naissance :

Nationalité :

Situation de famille :

- Célibataire Pacsé(e) Séparé(e) Veuf(ve)
 Marié(e) Vie Maritale Divorcé(e)

Profession :

Domicile :

Téléphone :

Adresse actuelle (si différente du domicile) :

Téléphone :

PERSONNES VIVANT SOUS LE MEME TOIT

NOM et Prénom	Date de naissance	Lien de parenté ou qualité

PERSONNES DE L'ENTOURAGE

(autres que celles désignées ci-dessus)

NOM et Prénom	Lien de parenté ou qualité (*)	Adresse	Téléphone

*parents, enfants, fratrie, autres parents, amis, voisins, autres

CONDITIONS DE LOGEMENT

Statut d'occupation (propriétaire, locataire)	
Type de logement (appartement de type x, maison individuelle)	
Contexte de vie (salubrité, hygiène, sécurité)	

INTERVENANTS MEDICO-SOCIAUX			
Qualité	NOM et Prénom	Adresse	Téléphone
Médecins			
Para-médicaux			
SSIAD			
Services Sociaux			
Aide à domicile			
Autre			

RAPPORT

(cette partie est inspirée des travaux du groupe national ADF DGAS)

Bilan des actions personnalisées engagées dans le cadre de la MASP

1) le contrat de MASP initiale.....

- **Motif à l'origine** : en quoi la santé ou la sécurité était menacée par les difficultés de gestions.
- **Actions** d'aide à la gestion et d'insertion sociale prévues au contrat.
- **Effets de l'accompagnement** : capacités mises en œuvre, insuffisances relevées, niveau de collaboration.

... Ou les tentatives effectuées pour proposer une MASP, mais qui ont échoué

- **Motif à l'origine** : en quoi la santé ou la sécurité était menacée par les difficultés de gestion.
- **Actions** mise en œuvre pour proposer une MASP
- **Constat** du refus et éléments d'explication.

2) Évolution du contrat MASP

-Autorisation de perception et gestion des prestations sociales par le PCG : conditions, résultats, insuffisance pour assurer la santé et la sécurité de la personne ;

-Si non-respect des clauses du contrat : motifs, conséquences...

3) Procédure judiciaire de versement direct des PS au bailleur

En quoi ce dispositif n'a pas pu être mis en place (absence d'impayés de loyers de plus de 2 mois par exemple, propriétaire...) ou se révèle insuffisant pour garantir la santé ou la sécurité

du majeur.

Éléments constitutifs du signalement

1. La persistance des difficultés de gestion et/ou d'accès à l'autonomie malgré les différentes actions de la MASP : choix et priorités budgétaires, absence d'autonomie...
2. Leurs conséquences sur la sécurité et /ou la santé qui se trouvent compromises. Importance et nature des risques actuels encourus (hospitalisation, expulsion, hébergement...). Circonstances et faits précis qui nécessitent d'agir.
3. Intérêt d'une mesure judiciaire, effets attendus sur la dynamique de la personne en fonction de son degré d'autonomie.

Conclusion

4. Reprendre de façon très synthétique en quoi la santé et/ou la sécurité est compromise par l'impossibilité de surmonter les difficultés de gestion, malgré les actions de la MASP.
5. Rappeler le degré d'adhésion de la personne : « sachant que la personne adhère partiellement... refuse de fait toute démarche..., s'oppose violemment..., semble dans l'impossibilité d'appréhender... »
6. « Au regard des éléments dont nous disposons et de l'évaluation sociale qui a pu être faite à ce jour ... (ou l'impossibilité d'évaluer...) il nous paraît opportun... indispensable... de mettre en place une mesure de protection judiciaire... (à préciser ou non selon les circonstances) »

En pièce jointe, obligatoirement sous pli cacheté

Information disponibles sur la situation médicale : par exemple :

Traduction et conséquences d'un problème de santé...

Absence de prise en charge

Hospitalisation successives ou prolongées...

(pas de diagnostic médical sauf par production éventuelle d'un certificat médical fourni par l'utilisateur non obligatoire).

Fait à _____, le _____
Fonction _____

Signature _____

-> Pièces jointes : -



C.L.H. DE
Date: le / /

Annexe 7

FONDS UNIQUE LOGEMENT ET HABITAT

Fiche bilan individuel ACCOMPAGNEMENT SOCIAL SOUS-LOCATION

Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Date de début de l'Accompagnement / / de fin / /

Durée préconisée :

Validation de la mesure par l'adjoint logement : oui non

Date de validation / /

Signature de l'adjoint logement :

Coordonnées du travailleur social référent :

Date de signature du contrat : / /

Objectifs du contrat :

Catégorie

- Accueil rapide des ménages (+ALT)
- Sous-location relais (hors ALT)
- Sous-location relais (avec ALT)
- Sous-location bail glissant

- Aide à la médiation locative

Origine de la demande

- | | |
|----------------|--------------------------|
| Bailleur | <input type="checkbox"/> |
| Service social | <input type="checkbox"/> |
| CLH | <input type="checkbox"/> |
| Association | <input type="checkbox"/> |
| DALO | <input type="checkbox"/> |
| CCAPEX | <input type="checkbox"/> |
| Autres | <input type="checkbox"/> |

Données générales concernant le ménage :

Composition de la famille

- | | |
|----------------------------|--------------------------|
| Homme seul | <input type="checkbox"/> |
| Femme seule | <input type="checkbox"/> |
| Homme seul avec enfant(s) | <input type="checkbox"/> |
| Femme seule avec enfant(s) | <input type="checkbox"/> |
| Couple sans enfant | <input type="checkbox"/> |
| Couple avec enfant(s) | <input type="checkbox"/> |

Nombre d'enfants :

Nature des ressources du ménage (ressources principales)

	En début d'intervention	En fin d'intervention
CDD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CDI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rémunération stage, formation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prestations familiales (hors aides logement)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indemnités chômage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rsa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allocation Adulte Handicapé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pensions (retraite, invalidité)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Situation logement

	Avant l'intervention	Après l'intervention
Sans logement ni hébergement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hébergement par amis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hébergement par la famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hébergement dans un établissement hospitalier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hébergement très précaire (caravane, voiture, squat,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hébergement en CADA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hébergement en CHRS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hébergement en structure d'urgence (CAU, ARM, Accueil femmes victimes de violence, hôtel,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hébergement dans le cadre d'une association (résidence sociale, ALT, sous-location,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Logé par employeurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Propriétaire ou accédant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Locataire parc public	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Locataire parc privé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires :

Difficultés liées au logement

	Au début de l'intervention	A la fin de l'intervention
Absence de logement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accès à un premier logement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Logement trop cher (loyer ou charges)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Surpeuplement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Logement insalubre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Logement indécent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grosse dette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Procédure d'expulsion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires :

Autres difficultés

	Au début de l'intervention	A la fin de l'intervention
Emploi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes familiaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes de comportement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes multiples	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires :

Gestion locative

	Avant l'intervention	Au cours de l'intervention	Après l'intervention
Impayés de loyers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes de réparations locatives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obtention de délais de paiement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Signature d'un plan d'apurement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obtention de quittances de loyers et/ou de décompte annuel de charges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Négociation de travaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bonne relation de voisinage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires :

Conseil budgétaire

	Au départ de l'intervention	Au cours de l'intervention	A la fin de l'intervention
Budget complété par le ménage ou documents préparés par le ménage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Connaissance par le ménage des différents postes (ressources, charges fixes, dépenses courantes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Connaissance par le ménage de son endettement (nature et montant)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mensualisation des charges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Économies pour prévoir les factures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Engagements vis à vis des créanciers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires :

Accès aux droits, démarches administratives

Niveau d'autonomie des ménages	Au départ de l'intervention	Au cours de l'intervention	A la fin de l'intervention
Ouvre les courriers administratifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Remplit les documents administratifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Classe les papiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Téléphone aux divers organismes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rédige les courriers administratifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires :

Information et accompagnement dans les démarches

	Au départ de l'intervention	Au cours de l'intervention	A la fin de l'intervention
Eau, énergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assurance habitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Changement d'adresse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contrat logement FULH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Impôts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CAF / MSA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires :

Orientation vers un service compétent

	Au départ de l'intervention	Au cours de l'intervention	A la fin de l'intervention
Commission de surendettement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Association de consommateurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tribunal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires :

Inscription Fichiers

Inscription numéro unique	<input type="checkbox"/>
Inscription Fichier Mal Logés	<input type="checkbox"/>

SUITES DONNÉES AUX DOSSIERS

Relais

Par la polyvalence de secteur	<input type="checkbox"/>
Par une association	<input type="checkbox"/>
Par un service spécialisé	<input type="checkbox"/>

Arrêt de la mesure (motifs de l'arrêt)

Autonomie des ménages	<input type="checkbox"/>
Départ	<input type="checkbox"/>
Manque de coopération	<input type="checkbox"/>

Commentaires :



FONDS UNIQUE LOGEMENT ET HABITAT

BILAN COLLECTIF D'ACTION 2____ **Accompagnement sous-location**

I - PRÉSENTATION DE L'ASSOCIATION - PORTEUR DU PROJET :

RAISON SOCIALE

Objet de l'Association

Adresse – Siège Social

Code postal - Ville :

Tél :: / / / / / Fax / / / / /

@ : _

N° Siret

Membres du Bureau :

Président

Trésorier

Secrétaire

Responsable salarié de l'Association :

Nom :

Adresse :

Tél :: / / / / / Fax / / / / /

@ : _

@Si différent de celui du siège

Référent de l'Action :

Nom :

Adresse :

Tél :: / / / / / Fax / / / / /

@ : _

II - PRÉSENTATION DE L'ACTION :

Intitulé de l'action

Identification des besoins - origine de l'action :

Objectif global de l'action :

Objectifs intermédiaires :

	<i>Hommes</i>	<i>Femmes</i>	<i>total</i>
<i>- de 25 ans</i>			
<i>+ de 25 ans</i>			
<i>TOTAL</i>			
<i>Dont bénéficiaires du Rsa</i>			

Date de début: / / / de fin / / /

Action individuelle

Action de groupe :

Constitué

Entrées/Sorties permanentes

III - ÉVALUATION DES ACCOMPAGNEMENTS EN SOUS LOCATION :

	actifs au 01/01	Diagnostics et accompagnements en cours chaque mois												Total de janv à déc*	Moyenn e sur 12 mois*	actifs au 01/01
		Janv	Fév	Mars	Avril	Mai	Juin	Juil	Août	Sept	Oct	Nov	Déc			
Diagnostics																
Accompagnement																
Total																

Joindre en annexe la liste nominative avec les dates de début et de fin des mesures, les adresses et le type de logements concernés.

Catégorie

Accueil rapide des ménages (+ALT)	
Sous-location relais (hors ALT)	
Sous-location relais (avec ALT)	
Sous-location bail glissant	
Aide à la médiation locative	

Données générales concernant les ménages :

Origine de la demande

Bailleur	
Service social	
CLH	
Association	
DALO	
CCAPEX	
Autres	

Composition de la famille

Homme seul	Femme seule	Homme seul avec enfant(s)	Femme seule avec enfant(s)	Couple sans enfant	Couple avec enfant(s)

Nombre d'enfants

1	2	3	4	5	6 et +

Nature des ressources des ménages (ressources principales)

	Au début d'intervention	En fin d'intervention
Allocation Adulte Handicapé		
Pensions (retraite, invalidité)		
Rémunération stage, formation		
Prestations familiales (hors aides logement)		
Rsa		
Indemnités chômage		
CDD		
CDI		
Autres		

Situation logement

	Avant l'intervention	Après l'intervention
Sans logement ni hébergement		
Hébergement par amis		
Hébergement par la famille		
Hébergement dans un établissement hospitalier		
Hébergement très précaire (caravane, voiture, squat,...)		
Hébergement en CADA		
Hébergement en CHRS		
Hébergement en structure d'urgence (CAU, ARM, Accueil femmes victimes de violence, hôtel,...)		
Hébergement dans le cadre d'une association (résidence sociale, ALT, sous-location,...)		
Logé par employeurs		
Propriétaire ou accédant		
Locataire parc public		
Locataire parc privé		

Commentaires :

Difficultés liées au logement

	Avant l'intervention	Après l'intervention
Absence de logement		
Accès à un premier logement		
Logement trop cher (loyer ou charges)		
Surpeuplement		
Logement insalubre		
Logement indécent		
Grosse dette		
Procédure d'expulsion		

Commentaires :

Autres difficultés

	Avant l'intervention	Après l'intervention
Emploi		
Problèmes familiaux		
Problèmes de comportement		
Problèmes multiples		

Commentaires :

Gestion locative

	Avant l'intervention	Au cours de l'intervention	Après l'intervention
Impayés de loyers			
Problèmes de réparations locatives			
Obtention de délais de paiement			
Signature d'un plan d'apurement			
Obtention de quittances de loyers et/ou de décompte annuel de charges			
Négociation de travaux			
Bonne relation de voisinage			

Commentaires :

Conseil budgétaire

	Au départ de l'intervention	Au cours de l'intervention	A la fin de l'intervention
Budget complété par le ménage ou documents préparés par le ménage			
Connaissance par le ménage des différents postes (ressources, charges fixes, dépenses courantes)			
Connaissance par le ménage de son endettement (nature et montant)			
Mensualisation des charges			
Économies pour prévoir les factures			
Engagements vis à vis des créanciers			

Commentaires :

Accès aux droits, démarches administratives

Niveau d'autonomie des ménages	Au départ de l'intervention	Au cours de l'intervention	A la fin de l'intervention
Ouvre les courriers administratifs			
Remplit les documents administratifs			
Classe les papiers			
Téléphone aux divers organismes			
Rédige les courriers administratifs			

Commentaires :

Information et accompagnement dans les démarches

	Au départ de l'intervention	Au cours de l'intervention	A la fin de l'intervention
Eau, énergie			
Assurance habitation			
Changement d'adresse			
Contrat logement FULH			
Impôts			
CAF / MSA			

Commentaires :

Orientation vers un service compétent

	Au départ de l'intervention	Au cours de l'intervention	A la fin de l'intervention
Commission de surendettement			
Association de consommateurs			
Tribunal			
Autres			

Commentaires :

Inscription Fichiers

Inscription numéro unique	
Inscription Fichier Mal Logés	

SUITES DONNÉES AUX DOSSIERS

Relais

Par la polyvalence de secteur	
Par une association	
Par un service spécialisé	

Arrêt des mesures (motifs des arrêts)

Autonomie des ménages	
Départ	
Manque de coopération	

Commentaires :

IV – PARTENAIRES DE L'ACTION : (nommer les partenaires)

Identification des partenaires	A la préparation et au démarrage de l'action	Pendant l'action	A la sortie	Modalités d'intervention	Rythme
Collectivités -Communes - - -					
Établissements ou Services publics -(CCAS) - -					
Associations - -					
Autres (précisez) - -					

Personnel affecté à l'action (en heures par mois ou en ETP)

Nom – Prénom	Statut (CDD-CDI Vacataires- Bénévoles)	Ancienneté	Fonction dans l'action et qualification professionnelle	Temps de travail sur l'action en heures/mois ou ETP			
				Face à face pédagogique	Temps de suivi	Temps préparation	Total

Locaux Matériel

Adresse où se déroule l'action :

Outils :

Locaux affectés à l'action :

Matériels :

- Salle de cours
- Atelier
- Lieu ressources pour les bénéficiaires
- Bureaux des encadrants

- Les locaux appartiennent-ils à l'association ? oui
- Les locaux sont-ils mis à disposition ? oui
- Les locaux sont-ils spécifiques à cette action ? oui

BUDGET RÉALISÉ DE L'ACTION		
CLASSE	INTITULE	TOTAL
60	Achats (à détailler) - - -	
61	Services extérieurs : (A préciser) - -	
62	Autres services extérieurs : (A préciser) - - -	
63	Impôts et taxes : (A préciser) - -	
64	Charges de personnel : (A préciser) - - -	
65	Autres charges de gestion (A préciser) - - -	
66	Charges financières (A préciser) - -	
67	Charges exceptionnelles (A préciser) - -	
68	Dotations amortissements et provisions	
TOTAL CHARGES		

BUDGET RÉALISÉ DE L'ACTION		
CLASSE	INTITULE	TOTAL

70	-Participation des bénéficiaires -Recettes propres	
74	Financements : -État (CNASEA) -Conseil Régional..... -Département -FULH..... -Autres (préciser) -Communes (préciser) - - -EPCI (préciser) - -PLIE..... -FSE..... -Autres (préciser) : - -	
TOTAL PRODUITS		

Certifié exact : (date, signature et cachet)



FONDS UNIQUE LOGEMENT ET HABITAT

Annexe 9

FICHE BILAN INDIVIDUEL Agence Immobilière Sociale

Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Date de début du bail : / / de fin / /

Type de logement :

Surface du logement :

Montant du loyer net :

Coût au m²

Moins de 5 € / m²

De 5 à 7 € / m²

Plus de 7 € / m²

Type de conventionnement

PST
ANAH avec travaux
ANAH sans travaux
Sans conventionnement

Orientation du ménage vers l'Agence Immobilière Sociale

CLH
Propriétaires
Associations

Composition de la famille

- Homme seul
Femme seule
Homme seul avec enfant(s)
Femme seule avec enfant(s)
Couple sans enfant
Couple avec enfant(s)

Nombre d'enfants :

Nature des ressources du ménage

Revenus du travail	Emploi stable et suffisamment rémunéré (CDI ou CDD > ou= au SMIC)	<input type="checkbox"/>
	Emploi précaire (intérim, emploi aidé, temps partiel faiblement)	<input type="checkbox"/>
	Allocation chômage	<input type="checkbox"/>
Minima sociaux	Rsa	<input type="checkbox"/>
	Autres minima sociaux	<input type="checkbox"/>
Autres	Divers (retraite, pension...)	<input type="checkbox"/>
	Sans ressource	<input type="checkbox"/>

Montant des ressources du ménage (tous revenus hors allocations logement)

Inférieur ou égal au Rsa de 0 à 440 €	<input type="checkbox"/>
Entre 440 et 1280 €	<input type="checkbox"/>
Supérieur au SMIC (1280 €)	<input type="checkbox"/>

Commentaires :

Aides sollicitées

Garanties Locapass	
Garanties GRL	
Garanties FULH	
FULH accès	
Primes jeunes	

Commentaires :

BILAN COLLECTIF D'ACTION 2 _____

Agence Immobilière Sociale

CLH DE

Date: le / /

- L A
D R O
M E -

FONDS UNIQUE LOGEMENT ET HABITAT

I - PRÉSENTATION DE L'ASSOCIATION - PORTEUR DU PROJET :

RAISON SOCIALE

Objet de l'Association

Adresse – Siège Social

Code postal - Ville :

. : / / / / / Fax / / / / /

@ : _

N° Siret

Membres du Bureau :

Président

Trésorier

Secrétaire


Responsable salarié de l'Association :

Nom :

Adresse :

. : / / / / / Fax / / / / /

@ : _

 @ Si différent de celui du siège

Référent de l'Action :

Nom :

Adresse :

. : / / / / / Fax / / / / /

@ : _

II - PRÉSENTATION DE L'ACTION :

Intitulé de l'action :

Identification des besoins - origine de l'action :

Objectif global de l'action :

Objectifs intermédiaires :

	<i>Hommes</i>	<i>Femmes</i>	<i>total</i>
- de 25 ans			
+ de 25 ans			
TOTAL			
<i>Dont bénéficiaires du Rsa</i>			

Date de début: / / / de fin / / /

Action individuelle

Action de groupe :
Constitué

Entrées/Sorties permanentes

III- ÉVALUATION DE L'ACTION :

Joindre en annexe la liste nominative avec les dates de début et de fin des mesures.

Caractéristiques des ménages présents en 2_____

Age du principal

Moins de 26 ans	26-60 ans	Plus de 60 ans	Total

Composition des familles

Isolés	Foyers monoparentaux	Couple sans enfant	Couple avec enfant(s)	Colocation	Total

Nombre d'enfants

1	2	3	4	5	6 et +

Nature des ressources des ménages

Revenus du travail	Emploi stable et suffisamment rémunéré (CDI ou CDD > ou= au SMIC)	
	Emploi précaire (intérim, emploi aidé, temps partiel faiblement)	
	Allocation chômage	
Minima sociaux	Rsa	
	Autres minima sociaux	
Autres	Divers (retraite, pension...)	
	Sans ressource	

Montant des ressources des ménages (tous revenus hors allocations logement)

Inférieur ou égal au Rsa de 0 à 440€	
Entre 440 et 1280 €	
Supérieur au SMIC (1280 €)	
Total	

Commentaires :

Informations relatives aux logements

Nombre de logements gérés au 01/01/2	En dessous de 7€/m2	Au dessus de 7€/m2
Studio		
T1 et bis		
T2		
T3		
T4		
T5 et +		
Total		

Nombre de logements captés dans l'année :

Nombre de logements sortis du dispositif dans l'année :

Nombre de logements gérés au 31/12/2_____	En dessous de 7€/m2	Au dessus de 7€/m2
Studio		
T1 et bis		
T2		
T3		
T4		
T5 et +		
Total		

Logements conventionnés au 01/01/2_____

PST	
ANAH avec travaux	
ANAH sans travaux	

Logements conventionnés au 31/12/2_____

PST	
ANAH avec travaux	
ANAH sans travaux	

Nombre de dossiers instruits dans l'année

Primes jeunes	
Garanties Locapass	
Garanties GRL	
Garanties FULH	
FULH accès	

Orientations des ménages vers l'Agence Immobilière Sociale

CLH	
Propriétaires	
Associations	

Commentaires :

IV – PARTENAIRES DANS L’ACTION : (nommer les partenaires)

Identification des partenaires	A la préparation et au démarrage de l'action	Pendant l'action	A la sortie	Modalités d'intervention	Rythme
Collectivités -Communes - - -					
Établissements ou Services publics -(CCAS) - -					
Associations - -					
Autres (précisez) - -					

Personnel affecté à l'action (en heures par mois ou en ETP)

Nom – Prénom	Statut (CDD-CDI Vacataires- Bénévoles)	Ancienneté	Fonction dans l'action et qualification professionnelle	Temps de travail sur l'action en heures/mois ou ETP			
				Face à face pédagogique	Temps de suivi	Temps préparation	Total

Locaux Matériel

Adresse où se déroule l'action :

Outils :

Locaux affectés à l'action :

Matériels :

- Salle de cours
- Atelier
- Lieu ressources pour les bénéficiaires
- Bureaux des encadrants

- Les locaux appartiennent-ils à l'association ? oui
- Les locaux sont-ils mis à disposition ? oui
- Les locaux sont-ils spécifiques à cette action ? oui

BUDGET RÉALISÉ DE L'ACTION

CLASSE	INTITULE	TOTAL
60	Achats (à détailler) - - -	
61	Services extérieurs : (A préciser) - -	
62	Autres services extérieurs : (A préciser) - - -	
63	Impôts et taxes : (A préciser) - -	
64	Charges de personnel : (A préciser) - - -	
65	Autres charges de gestion (A préciser) - - -	
66	Charges financières (A préciser) - -	
67	Charges exceptionnelles (A préciser) - -	
68	Dotations amortissements et provisions	
TOTAL CHARGES		
BUDGET RÉALISÉ DE L'ACTION		

CLASSE	INTITULE	TOTAL
70	Participation des bénéficiaires -Recettes propres	
74	Financements : -État (CNASEA) -Conseil Régional..... -Département -FULH..... -Autres (préciser) -Communes (préciser) - -EPCI (préciser) - -PLIE..... -FSE..... -Autres (préciser) : - -	
TOTAL PRODUITS		

Certifié exact : (date, signature et cachet)

I. RESSOURCES

▣ Revenus liés à une activité ou assimilés des trois derniers mois

		MOIS (précisez le mois)	Salaire	Retraites et pensions militaires	pole emploi	U Maladie et complément de salaire	Rente ATM Invalidité	Autres*	Date Début et fin droit	TOTAL
Demandeur	dernier mois									0
										0
										0
Conjoint ou concubin	dernier mois									0
										0
										0
Autres	dernier mois									0
										0
										0
TOTAL 1: ressources du dernier mois										0
TOTAL A: Moyenne des trois derniers mois										0

* dont capitaux, revenus fonciers, bénéfices industriels et commerciaux

Revenues ressources exceptionnelles: (différents rappels)

Nota: pour le FULH ne pas tenir compte des primes exceptionnelles (RSA, Pôle emploi) ni les salaires ponctuels d'enfants scolarisés

▣ Prestations sociales (dernier mois)

	RSA	AJE et CF	AF	APE	AEEH	ARS	AAH-AFH	AL-APL	Autres	TOTAL
Demandeur										0
Conjoint										0
Autres										0
TOTAL 2: Prestations sociales du dernier mois										0
TOTAL B = TOTAL 2 - AL/APL										0
TOTAL C = TOTAL B - AEEH - ARS										0

▣ Autres ressources régulières (dernier mois)

	Pension alimentaire	Perçue ou non	Bourses	Autres	TOTAL
Demandeur					0
Conjoint					0
Autres					0
TOTAL 3: autres ressources régulières					0
TOTAL D = TOTAL 3 - Bourses					0

TOTAL DES RESSOURCES MENSUELLES = 1 + 2 + 3	0
TOTAL DES RESSOURCES PONDEREES pour le FULH = A + C + D	0

Nombre de parts:

(1 ou 2 adultes = 2 parts, 1/2 part par enfant à charge de moins de 25 ans, 1/2 part supplémentaire pour le 3ème enfant, 1/2 part supplémentaire pour enfant handicapé, chaque autre personne à charge = 1 part)

QUOTIENT POUR LE FULH #DIV/0!

(Total des ressources pondérées pour le FULH / nombre de part)

II- CHARGES MENSUELLES

CHARGES MENSUELLES PRISES EN COMPTE DANS LE CALCUL DU R.P.V.		
1	Loyer (hors charges) ou Crédit d'accession	
2	Charges locatives ou de copropriété (hors 3- 4 - 5)	
3	Energie	
4	Eau	
5	Chauffage	
6	Assurance habitation	
7	Taxe habitation	
8	Impôts sur le revenu	
9	Pension alimentaire effectivement versée	
10	Apurement surendettement	
SOUS TOTAL DE 1 à 10		0
11	Assurance voiture /frais de transport en commun	
12	Téléphone	
13	Mutuelle	
14	Frais de scolarité (factures de l'établissement)	
15	Frais de garde	
16	Autres charges : préciser	
17	Autres charges : préciser	
MONTANT TOTAL		0

Charges exceptionnelles:

Demandeur hébergé par un tiers: oui non Si oui, montant de sa participation

CREDITS* ET DETTES						
Nature	Coût d'achat	Montant emprunté ou montant Dette	Date de début	Nb de mensualités	Mensualités restantes ou date d'échéance	Montant mensuel du crédit ou lié au plan d'apurement
Habitation principale						
Automobile(s)						
Autres achats						
Dettes						

* Précisez si impayés

Procédure de surendettement en cours: oui Date de recevabilité non

AIDES FINANCIERES ACCORDEES AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS			
Date	Organismes	Objet	Montant

Ressources mensuelles totales

(Ressources à relever en page 2 du formulaire)

Nb pondéré de personnes

(1adulte = 1 part, enfant à charge = 1/2 part, 1/2 part supplémentaire pour le 3ème enfant, 1/2 part supplément pour enfant handicapé)

EXPOSE DE LA SITUATION ET MOTIFS DE LA DEMANDE

- Quelles sont les difficultés actuelles ? (chômage, maladie, accident, problèmes familiaux...)
- Existe-t-il des possibilités d'aide dans l'entourage familial ? (soutien, aide alimentaire, accueil des enfants, hébergement ...) **Pour une demande de Fonds d'Aide aux Jeunes, il conviendra de préciser l'activité des parents et l'aide qu'ils peuvent apporter que le jeune soit ou non domicilié chez eux.**
- Quelles sont les démarches entreprises par la famille, quels sont ses projets ?
- Quels dispositifs de droit commun ont été sollicités ?** (*Pour une demande d'Al, préciser l'apport du bénéficiaire et des autres financeurs*)
- Quelle est l'évolution de la situation depuis la dernière demande d'aide financière ?
- Avis motivé de l'instructeur.

NOM ET QUALITÉ DE L'INSTRUCTEUR :
SIGNATURE

DATE :
MONTANT DEMANDE :

Centre Médico-Social de _____
ASSOCIATION : _____

C e r t i f i c a t d u c o n t r ô l e d e s d o c u m e n t s

① Pièces vérifiées

- Livret de famille
- Carte d'identité recto verso
- Passeport
- Avis d'imposition ou non imposition

- Facture d'eau
- Données CAFPRO
- Justificatifs Ressources
- Données MSA
- Autres...

② Pièces jointes selon le dispositif sollicité

- Facture Eau
- Commandement de payer Eau/ Avis de coupure Eau.
- Facture Électricité
.....
- Facture
.....
- Justificatifs du prêt immobilier
tableau d'amortissement.
-
-

Je soussigné (e) (Nom de l'agent)

Certifie avoir vérifié les pièces marquées d'une croix, le

Signature de l'agent

Annexe 12- Intercalaire AB/ASLL

NOM DU DEMANDEUR :

Dispositif : FULH

ASLL

ACTION BUDGÉTAIRE

DIAGNOSTIC

Émis par :

CLH de :

Demande mesure à l'initiative de :

Date :

DONNÉES GÉNÉRALES

Coordonnées du Bailleur :	Date d'entrée dans le logement : Type de logement :
ACCÈS	
Adresse du logement précédent :	Antécédents d'impayés de loyer : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Non renseigné <input type="checkbox"/>
Coordonnées de l'ancien bailleur :	Instabilité locative : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Non renseigné <input type="checkbox"/>
MAINTIEN	
APL/AL suspendue : Oui <input type="checkbox"/> depuis le : Non <input type="checkbox"/>	Sursis accordé : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Plan d'apurement signé le : Respecté <input type="checkbox"/> Non respecté <input type="checkbox"/> Refus de contractualiser <input type="checkbox"/>
RECHERCHE DE LOGEMENT	
Situation logement actuel :	Motif de la recherche :
BUDGET	
Endettement : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Surendettement : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Type de dettes :

PROJET EN FONCTION DE LA NATURE DE LA MISSION

ASLL	ACTION BUDGÉTAIRE	DIAGNOSTIC
<input type="checkbox"/> Aide à la recherche de logement <input type="checkbox"/> Accès <input type="checkbox"/> Maintien Axes d'intervention : <input type="checkbox"/> Gestion locative <input type="checkbox"/> Conseil budgétaire <input type="checkbox"/> Accès aux droits, démarches administratives <input type="checkbox"/> Appropriation du logement et tissu local <input type="checkbox"/> Autre , préciser :	Axes d'intervention : <input type="checkbox"/> Prise de conscience du ménage de son budget <input type="checkbox"/> Soutien dans l'organisation du budget <input type="checkbox"/> Traitement des dettes <input type="checkbox"/> Autre , préciser :	<input type="checkbox"/> Préciser ce qui motive la demande :

DURÉE DE LA MESURE

3 mois

6 mois

9 mois

12 mois

COMMENTAIRES : Atouts identifiés et freins repérés

Signature du Travailleur social

Annexe 13 - Intercalaire Sous- Location

NOM DU DEMANDEUR :

Dispositif : FULH

Date :

Première demande Renouvellement

Émis par :

CLH de :

Demande d'entrée en sous-location à l'initiative de :

ÉLÉMENTS CONCERNANT LE LOGEMENT

Adresse du logement :	Coordonnées du bailleur :
Statut d'occupation du ménage (au moment de la demande) :	
Date d'entrée dans le logement :	Date prévisible de sortie :
Type de logement :	Convention de bail glissant : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Dans quel délai : mois	Loyer Résiduel :
Inscription au FML : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
Dépôt d'une demande de logement auprès de : bailleurs privés <input type="checkbox"/> bailleurs publics <input type="checkbox"/>	
Aide FULH : nature et date :	
Motifs de l'entrée en sous-location :	

DIFFICULTÉS REPÉRÉES

Liées au logement	Autres
<input type="checkbox"/> Procédure d'expulsion	<input type="checkbox"/> Emploi
<input type="checkbox"/> Absence de logement	<input type="checkbox"/> Problèmes familiaux
<input type="checkbox"/> Accès à un premier logement	<input type="checkbox"/> Problèmes de comportement
<input type="checkbox"/> Logement insalubre	<input type="checkbox"/> Problèmes multiples
<input type="checkbox"/> Logement trop grand	<input type="checkbox"/> Autres : à détailler :
<input type="checkbox"/> Surpeuplement	
<input type="checkbox"/> Loyer ou charges trop élevés	
<input type="checkbox"/> Grosse dette	
<input type="checkbox"/> Autre (à détailler)	

PROJET D'ASLL EN SOUS-LOCATION

- Régularisation des démarches administratives
- Maîtrise du budget logement, conseils budgétaires
- Médiation avec les bailleurs
- Appropriation du logement
- Aide à la recherche de logement
- Relation avec le voisinage et l'environnement
- Autres : préciser :

PROPOSITION DE MESURE

ASLL sous-location relais

ASLL sous-location bail glissant

DURÉE DE LA MESURE

3 mois

6 mois

9 mois

12 mois

COMMENTAIRES

Signature du Travailleur Social

Annexe 14- Contrat Action Budgétaire et ASLL

FULH ACCOMPAGNEMENT

ASLL

ACTION BUDGÉTAIRE

NOM DU DEMANDEUR :

Coordonnées :

CLH de :

Demande mesure à l'initiative de :

Nom et structure du travailleur social :

PROJET EN FONCTION DE LA NATURE DE LA MISSION

ASLL	ACTION BUDGÉTAIRE
<input type="checkbox"/> Aide à la recherche de logement <input type="checkbox"/> Accès <input type="checkbox"/> Maintien Axes d'intervention : <input type="checkbox"/> Gestion locative <input type="checkbox"/> Conseil budgétaire <input type="checkbox"/> Accès aux droits, démarches administratives <input type="checkbox"/> Appropriation du logement et tissu local <input type="checkbox"/> Autre : préciser :	Axes d'intervention : <input type="checkbox"/> Prise de conscience du ménage de son budget <input type="checkbox"/> Soutien dans l'organisation du budget <input type="checkbox"/> Traitement des dettes <input type="checkbox"/> Autre : préciser :

DURÉE DE LA MESURE

3 mois

6 mois

9 mois

12 mois

COMMENTAIRES

Date :

Lieu :

Le travailleur social

Le bénéficiaire

L'adjoint logement

PROJET D'ACTION 2_____

CLH de
Date de la demande

FONDS UNIQUE LOGEMENT ET HABITAT

Intitulé de l'action :

I - PRÉSENTATION DE L'ASSOCIATION - PORTEUR DU PROJET :

RAISON SOCIALE

Objet de l'Association

Adresse – Siège Social

Code postal - Ville :

Tél :: / / / / / Fax / / / / /

@ :_

N° Siret

Membres du Bureau :

Président

Trésorier

Secrétaire

Responsable salarié de l'Association :

Nom :

Adresse :

Tél :: / / / / / Fax / / / / /

@ :_

☎@Si différent de celui du siège

Référent de l'Action :

Nom :

Adresse :

Tél :: / / / / / Fax / / / / /

@ :_

II - PRÉSENTATION DE L'ACTION :

Nota : Les projets d'actions qui font l'objet de fiches bilan individuelles et collectives préétablies (ASLL, AB, ARL, Sous-location et AIS) devront être en cohérence avec les fiches collectives.

Intitulé de l'action :

Identification des besoins - origine de l'action :

Objectif global de l'action :

Objectifs intermédiaires :

	<i>Hommes</i>	<i>Femmes</i>	<i>total</i>
<i>- de 25 ans</i>			
<i>+ de 25 ans</i>			
<i>TOTAL</i>			
<i>Dont bénéficiaires Rsa</i>			

Modalités d'entrée dans l'action : **(Préciser quelles sont les modalités de préparation et d'entrée dans l'action. Précisez s'il y a un contrat écrit et signé par les participants)**

2 – EXPOSER LE CONTENU DE L'ACTION à financer et EXPLIQUER LES OBJECTIFS visés par la mise en œuvre étape par étape.

Énoncé du contenu par étape *	Énoncé des objectifs visés

<p>* Définir les étapes de l'action qui permettent de valider la progression des acquis des personnes inscrites dans l'action.</p>	

2 -CONTENU DE L'ACTION (suite)

Outils	Pédagogie appliquée

III - ÉVALUATION DE L'ACTION :

Critères d'évaluation correspondant à l'action

IV – PARTENAIRES DE L'ACTION :

Identification des partenaires	A la préparation et au démarrage de l'action	Pendant l'action	A la sortie	Modalités d'intervention	Rythme
Collectivités -Communes - - -					
Établissements ou Services publics -(CCAS) - -					
Associations - -					
Autres (précisez) - -					

V - DÉROULEMENT DE L'ACTION

Date de début: / / / de fin / / /

5 – 1 Organisation de l'action

individuelle

Groupe : Constitué Entrées/Sorties permanentes

5 – 2 Modalités d'accompagnement des bénéficiaires : (à détailler)

5.3 – Personnel affecté à l'action (en heures par mois ou en ETP)

Nom – Prénom	Statut (CDD-CDI Vacataires- Bénévoles)	Ancienneté	Fonction dans l'action et qualification professionnelle	Temps de travail sur l'action en heures/mois ou ETP			
				Face à face pédagogique	Temps de suivi	Temps préparation	Total

5.4 – Locaux 5.5 - Matériel

Adresse où se déroule l'action :

Outils :

Locaux affectés à l'action :

Matériels :

- Salle de cours
- Atelier
- Lieu ressources pour les bénéficiaires
- Bureaux des encadrants

- Les locaux appartiennent-ils à l'association ? oui
- Les locaux sont-ils mis à disposition ? oui
- Les locaux sont-ils spécifiques à cette action ? oui

BUDGET PRÉVISIONNEL DE L'ACTION

CLASSE	INTITULE	TOTAL
60	Achats :(à détailler) - - -	
61	Services extérieurs : (A préciser) - -	
62	Autres services extérieurs : (A préciser) - - -	
63	Impôts et taxes : (A préciser) - -	
64	Charges de personnel : (A préciser) - - -	
65	Autres charges de gestion : (A préciser) - - -	
66	Charges financières : (A préciser) - -	
67	Charges exceptionnelles : (A préciser) - -	
68	Dotations amortissements et provisions	
TOTAL CHARGES		

BUDGET PRÉVISIONNEL DE L'ACTION

CLASSE	INTITULE	TOTAL
70	<ul style="list-style-type: none"> -Participation des bénéficiaires -Recettes propres 	
74	<p>Financements :</p> <ul style="list-style-type: none"> -État (CNASEA) -Conseil Régional..... -Département <ul style="list-style-type: none"> -FULH..... -Autres (préciser) -Communes (préciser) <ul style="list-style-type: none"> - - -EPCI (préciser) <ul style="list-style-type: none"> - -PLIE..... -FSE..... -Autres (préciser) : <ul style="list-style-type: none"> - - 	
TOTAL PRODUITS		

BILAN D'ACTION 2_____

CLH de

Intitulé de l'action :

FONDS UNIQUE LOGEMENT ET HABITAT

I - PRÉSENTATION DE L'ASSOCIATION - PORTEUR DU PROJET :

RAISON SOCIALE

Objet de l'Association

Adresse – Siège Social

Code postal - Ville :

Tél :: / / / / / Fax / / / / /

@ :_

N° Siret

Membres du Bureau :

Président

Trésorier

Secrétaire

Responsable salarié de l'Association :

Nom :

Adresse :

Tél :: / / / / / Fax / / / / /

@ :_

☎@Si différent de celui du siège

Référent de l'Action :

Nom :

Adresse :

Tél :: / / / / / Fax / / / / /

@ :_

II - PRÉSENTATION DE L'ACTION :

Intitulé de l'action :

Identification des besoins - origine de l'action :

Rappel des objectif de l'action :

Rappel des objectifs intermédiaires :

III – RÉALISATION DE L'ACTION

Reprendre les critères définis dans la fiche projet

Type de bénéficiaires de l'action

	<i>Hommes</i>	<i>Femmes</i>	<i>total</i>
<i>- de 25 ans</i>			
<i>+ de 25 ans</i>			
TOTAL			
<i>Dont bénéficiaires Rsa</i>			

Modalités d'entrée dans l'action : **(Préciser quelles ont été les modalités de préparation et d'entrée dans l'action. Précisez s'il y a un contrat écrit et signé par les participants)**

EXPOSER LE CONTENU DE L'ACTION et EXPLIQUER LES RESULTATS OBTENUS	
Énoncé du contenu par étape *	Énoncé des objectifs réalisés

* Définir les étapes de l'action qui permettent de valider la progression des acquis des personnes inscrites dans l'action.

CONTENU DE L'ACTION (suite)

Outils	Pédagogie appliquée

IV – PARTENAIRES DE L'ACTION :

Identification des partenaires	A la préparation et au démarrage de l'action	Pendant l'action	A la sortie	Modalités d'intervention	Rythme
Collectivités -Communes - - -					
Établissements ou Services publics -(CCAS) - -					
Associations - -					
Autres (précisez) - -					

V - DÉROULEMENT DE L'ACTION

Date de début: / / / de fin / / /

5 – 1 Organisation de l'action

individuelle

Groupe : Constitué Entrées/Sorties permanentes

5 – 2 Modalités d'accompagnement des bénéficiaires : (à détailler)

5.3 – Personnel affecté à l'action (en heures par mois ou en ETP)

Nom – Prénom	Statut (CDD-CDI Vacataires- Bénévoles)	Ancienneté	Fonction dans l'action et qualification professionnelle	Temps de travail sur l'action en heures/mois ou ETP			
				Face à face pédagogique	Temps de suivi	Temps préparation	Total

5.4 – Locaux 5.5 - Matériel

Adresse où se déroule l'action :

Outils :

Locaux affectés à l'action :

Matériels :

- Salle de cours
- Atelier
- Lieu ressources pour les bénéficiaires
- Bureaux des encadrants

- Les locaux appartiennent-ils à l'association ? oui
- Les locaux sont-ils mis à disposition ? oui
- Les locaux sont-ils spécifiques à cette action ? oui

BUDGET PRÉVISIONNEL DE L'ACTION

CLASSE	INTITULE	TOTAL
60	Achats :(à détailler) - - -	
61	Services extérieurs : (A préciser) - -	
62	Autres services extérieurs : (A préciser) - - -	
63	Impôts et taxes : (A préciser) - -	
64	Charges de personnel : (A préciser) - - -	
65	Autres charges de gestion : (A préciser) - - -	
66	Charges financières : (A préciser) - -	
67	Charges exceptionnelles : (A préciser) - -	
68	Dotations amortissements et provisions	
TOTAL CHARGES		

BUDGET PRÉVISIONNEL DE L'ACTION		
CLASSE	INTITULE	TOTAL
70	-Participation des bénéficiaires -Recettes propres	
74	Financements : -État (CNASEA) -Conseil Régional..... -Département -FULH..... -Autres (préciser) -Communes (préciser) - - -EPCI (préciser) - -PLIE..... -FSE..... -Autres (préciser) : - -	
TOTAL PRODUITS		

Certifié exact : (date, signature et cachet)

Annexe 17 - Fiche navette Accueil Rapide des Ménages

DÉPARTEMENT DE LA DRÔME
COMMISSION LOCALE DE L'HABITAT DE :

FICHE DE LIAISON

ACCUEIL RAPIDE des MÉNAGES

Opérateur ARM :

COORDONNÉES DU SERVICE INSTRUCTEUR	
Nom de l'instructeur	
Adresse	
N° de téléphone	/ / / / /

SITUATION DU DEMANDEUR	
Nom	
Nom de jeune fille	
Prénom	
Date de naissance	/ / / /
Nationalité	Française <input type="checkbox"/> CEE <input type="checkbox"/> Hors CEE <input type="checkbox"/>
N° titre de séjour et Date de validité	
Ressources	

ÉTAT CIVIL DES ENFANTS POUR LESQUELS L'ACCUEIL EST SOLLICITE					
Nom	Prénom	Date de naissance	Nationalité	Sexe	Autorité parentale
		/ / / /	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> CEE <input type="checkbox"/> HCEE	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
		/ / / /	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> CEE <input type="checkbox"/> HCEE	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
		/ / / /	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> CEE <input type="checkbox"/> HCEE	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	

EXPOSE DE LA SITUATION PAR L'INSTRUCTEUR

- Quelle est la demande formulée par l'utilisateur ?
- Préciser si l'autre conjoint a été rencontré par le travailleur social et quel est son point de vue sur la situation.
- Préciser les réseaux familiaux et autres autour de la famille ainsi que leur capacité à répondre à l'hébergement urgent.
- Donner des éléments sur la relation parents-enfants.
- Analyse de l'instructeur quant à la pertinence de l'orientation vers ce dispositif.

Fait le / / à

Signature de l'instructeur :

Avis de l'Adjoint Logement

EXPOSE DE LA SITUATION PAR LE DEMANDEUR

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus et déclare avoir pris connaissance que ces derniers peuvent être transmis aux organismes sociaux suivants :
Direction des Solidarités - DDCS – Opérateur ARM.

Lu et approuvé,
Signature du demandeur,

Date

Décision de l'Opérateur ARM

Si refus, motif :

Annexe 18- Table des Sigles

AB	Action Budgétaire
AESF	Accompagnement en économie sociale et familiale
ADIL	Agence Départementale pour l'Information sur le Logement
ADLS	Ardèche Drôme Location Sociale
AIS	Agence Immobilière Sociale
AL	Allocation Logement
ALT	Allocation Logement Temporaire
AML	Aide à la Médiation Locative
APL	Aide Personnalisée au Logement
ARL	Atelier de Recherche Logement
ARM	Accueil Rapide des Ménages
ASLL	Accompagnement Social Lié au Logement
CADA	Centre d'Accueil pour Demandeur d'Asile
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CCAPEX	Commission de Coordination des actions de prévention de l'expulsion
CES	Commission d'Examen des Situations
CHRS	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CLH	Commission Locale de l'Habitat
CLT	Commission Locale Technique
CMS	Centre Médico-Social
DDCS	Direction Départementale de la Cohésion Sociale
DDT	Direction Départementale des Territoires
FAPIL	Fédération des Associations pour la Promotion et l'Insertion par le Logement
FJT	Foyers de Jeunes Travailleurs
FML	Fichier des Mal Logés
FULH	Fonds Unique Logement et Habitat
MASP	Mesure d'accompagnement social personnalisé
GRL	Garantie Risque Locatif
MDE	Maison des Enfants
PDALPD	Plan Départemental d'Action pour le Logement des Personnes Défavorisées
PDI	Plan Départemental d'Insertion
RCE	Rapport circonstancié d'évaluation

RCMS	Responsable de centre médico-social
RSA	Revenu de Solidarité Active
VAE	Validation des Acquis de l'Expérience