



Institution à but non lucratif créée en 1848

EHPAD | Résidence Autonomie | Accueil de jour | Unité PHV
Maison en Partage | Habitat inclusif | Aide à la Vie Partagée | Senes Domi (EHPAD à domicile)

MAISONS EN PARTAGE | HABITAT INCLUSIF FICHE DE DEMANDE

Avant de remplir ce formulaire, merci de vous assurer que le demandeur est bien éligible à des logements sociaux.

DATE DE LA DEMANDE :	
----------------------	--

Choisir le ou les dispositif demandé(s) :

MAISON EN PARTAGE LES SOURCES DE LA GARRIGUE 5, avenue Franklin Roosevelt OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	HABITAT INCLUSIF COLORAMA 1, rue Henri Revoil OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	MAISON EN PARTAGE CLAIR SOLEIL 3, rue de la Faïence OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Ordre Priorité :	Ordre Priorité :	Ordre Priorité :

Possibilité de choisir un ou plusieurs dispositifs en indiquant un ordre de priorité.

INFORMATIONS DU DEMANDEUR

NOM :		Prénom :	
Nom de jeune fille :			
Date de Naissance :		Lieu de naissance :	
Adresse actuelle :			
Code Postal :		Ville :	
Téléphone fixe :		Téléphone portable :	
Adresse mail :			
Situation familiale :	Marié(e) <input type="checkbox"/> Veuf(-ve) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Union libre <input type="checkbox"/>		
Nombre d'enfants :			
Régime de protection juridique :	NON <input type="checkbox"/> TUTELLE <input type="checkbox"/> CURATELLE <input type="checkbox"/> HABILITATION FAMILIALE <input type="checkbox"/> AUTRE : _____		

COORDONNEES DE LA PERSONNE A CONTACTER

NOM :		Prénom :	
Lien avec le demandeur :			
Téléphone fixe :		Téléphone portable :	
Adresse mail :			



Institution à but non lucratif créée en 1848

EHPAD | Résidence Autonomie | Accueil de jour | Unité PHV
Maison en Partage | Habitat inclusif | Aide à la Vie Partagée | Senes Domi (EHPAD à domicile)

MAISONS EN PARTAGE | HABITAT INCLUSIF FICHE DE DEMANDE

DOSSIER ADMINISTRATIF

Merci de joindre :

- Votre avis d'imposition
- Si vous en bénéficiez, la notification d'attribution de l'APA et le plan d'aide
 - OUI NON SI OUI, INDIQUER LE GIR : _____
- Si vous en bénéficiez, la notification d'attribution de l'AAH
 - OUI NON

ACCOMPAGNEMENT A DOMICILE / INTERVENANTS ACTUELS

MEDECIN TRAITANT :	Nom - Prénom : Téléphone Adresse : Mail :
INFIRMIER(E) A DOMICILE :	Nom(s) – Prénom(s) : Téléphone : Adresse : Mail : Nombre de passages journaliers :
AIDE A DOMICILE	STRUCTURE : Téléphone : Mail : Nombre d'heures par semaine : Jours de passage : LUNDI <input type="checkbox"/> MARDI <input type="checkbox"/> MERCREDI <input type="checkbox"/> JEUDI <input type="checkbox"/> VENDREDI <input type="checkbox"/> SAMEDI <input type="checkbox"/> DIMANCHE <input type="checkbox"/>
KINESITHERAPEUTE	Nom - Prénom : Téléphone : Adresse : Mail :
AUTRE (Maia, mandataire, autre paramédicaux, etc.)	Préciser : Coordonnées :
	Préciser : Coordonnées :
	Préciser : Coordonnées :



Institution à but non lucratif créée en 1848

EHPAD | Résidence Autonomie | Accueil de jour | Unité PHV
Maison en Partage | Habitat inclusif | Aide à la Vie Partagée | Senes Domi (EHPAD à domicile)

MAISONS EN PARTAGE | HABITAT INCLUSIF FICHE DE DEMANDE

MOTIF DE LA DEMANDE

Préciser ce qui vous motive pour intégrer une maison en partage ou un habitat inclusif :

HISTOIRE DE VIE

Ancienne profession :	
Vit actuellement : EN MAISON <input type="checkbox"/> EN APPARTEMENT <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> Préciser :	
Autres informations souhaitant être partagées :	

Nombre d'enfants		Nombre de petits-enfants	
------------------	--	--------------------------	--

Contacts proches (enfants, petits-enfants, frères, sœurs, amis proches, etc.)

Nom-Prénom	Lien	Ville	Téléphone



Institution à but non lucratif créée en 1848

EHPAD | Résidence Autonomie | Accueil de jour | Unité PHV
Maison en Partage | Habitat inclusif | Aide à la Vie Partagée | Senes Domi (EHPAD à domicile)

MAISONS EN PARTAGE | HABITAT INCLUSIF FICHE DE DEMANDE

HABITUDES DE VIE

Comment occupez-vous votre journée ?

Partez-vous en voyage ? en vacances ? NON OUI

Précisez :

Etes-vous inscrit(e) dans un ou plusieurs clubs ? NON OUI

Précisez :

Pratiquez-vous un sport ou des loisirs ? NON OUI

Précisez :

Avez-vous l'habitude de sortir ? NON OUI précisez la fréquence par jour, semaine :

Aimez-vous être en compagnie d'autres personnes ? NON OUI

Avez-vous un animal de compagnie ? NON OUI SI OUI, PRECISEZ LEQUEL :

Merci d'avoir rempli ce formulaire. Veuillez le retourner par courrier ou par mail à accueilqf@msprotestante.fr ou à accueilcs@msprotestante.fr.

PARTIE RESERVEE A LA MAISON DE SANTE PROTESTANTE DE NIMES		
Date de réception du formulaire		
Date de l'entretien :		
Personnes présentes à l'entretien :	Pour la MSP :	Pour le demandeur :
Avis de la MSP :	Favorable <input type="checkbox"/> Non favorable <input type="checkbox"/> Eligible AVP : OUI / NON Commentaires :	